

Maria Teresa Vieira Coelho

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientador – Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de Enfermagem do Porto.

“O desejo de ir em direção ao outro,
de se comunicar com ele,
ajudá-lo de forma eficiente,
faz nascer em nós uma imensa energia e uma grande alegria,
sem nenhuma sensação de cansaço.”

Dalai Lama

Agradecimentos

Desenvolver este estudo constitui-se num processo. Como qualquer processo, que se vai desenvolvendo ao longo de um tempo, conta com diferentes contribuições exercidas de diversas formas mas todas elas essenciais.

Assim um registo de sincero agradecimento:

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira, meu orientador, pelo apoio, acompanhamento e, de forma especial, por considerar nas mais diversas situações o “mundo” das possibilidades;

À Doutora Cláudia Urbano, pelo carinho e disponibilidade com que colaborou comigo, sobretudo no trabalho estatístico;

Às Amigas e colegas Lurdes Torcato e Clara André pela amizade, apoio e colaboração;

À Ordem dos Enfermeiros Portugueses, pela colaboração na colheita de dados;

À Família, marido e filhos, por estarem sempre lá;

Aos Colegas, àqueles que mais diretamente colaboraram em alguma etapa e aos que “apenas” se interessaram, a vossa colaboração, interesse e carinho foram essenciais e fonte de motivação;

A todos os que colaboraram através do preenchimento do questionário;

A todos aqueles que de alguma forma contribuíram para a concretização deste trabalho.

A todos, o meu Muito Obrigada!

RESUMO

A comunicação é hoje uma área transversalmente considerada na sociedade em que vivemos. No entanto, comunicar e comunicar de forma adequada não podem ser entendidos como sinónimos. Também para os enfermeiros esta premissa é fundamental, pois a eficácia da comunicação utilizada não pode ser deixada à sorte ou ao acaso. Esta tem à partida que ser garantida de forma intencional, pelo que é necessário que os enfermeiros desenvolvam conhecimentos e habilidades que lhes permitam comunicar de forma terapêutica.

O uso terapêutico da comunicação conduz a cuidados centrados na pessoa e não na tarefa, assegurando, assim, a satisfação das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados.

Partindo destes pressupostos pretende-se com este estudo, de enfoque quantitativo, exploratório, descritivo, e transversal, conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica na prestação de cuidados.

Participaram no estudo 448 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário online, com a colaboração da Ordem dos Enfermeiros, durante o mês de Novembro de 2013.

Os resultados obtidos permitem, entre outros aspetos, concluir que:

- o toque, a distância, a postura, o olhar, a escuta, o silêncio, a síntese, o questionamento, aconselhar e dar informação e feedback foram consideradas técnicas de comunicação e de comunicação terapêutica;

- houve concordância predominante dos enfermeiros com o uso intencional das diferentes técnicas para comunicar de forma terapêutica e com a sua utilização para responder às necessidades das pessoas;

- os enfermeiros assinalaram a utilização das técnicas para responder a necessidades suas numa percentagem que variou entre 16,8% para o toque e 53,9% para o questionamento;

- as variáveis título de especialista, atividade atual e tempo de exercício profissional apresentaram-se, pela significância estatística, influenciadoras no

posicionamento de concordância, indecisão ou discordância dos enfermeiros em relação aos aspetos referidos;

- a maioria dos inquiridos manifestou concordância com a utilização das técnicas de comunicação terapêuticas e rejeitou a utilização da maioria das não terapêuticas.

As conclusões consequentes dos resultados obtidos permitem sugerir, aos profissionais dos contextos de ensino e de prática clínica, que a comunicação terapêutica tem por base um conjunto de técnicas específicas, necessita de intencionalidade, de objetivos específicos, de um “setting” adequado e que deve ser considerada uma prioridade no âmbito da formação académica e profissional dos enfermeiros, de forma especial na formação inicial e nos contextos de cuidados dirigida aos que trabalham há menos tempo.

SUMMARY

Communication is nowadays an area transversely considered in the society we live in. However, communicating and communicating adequately cannot be understood as synonyms. This premise is fundamental even to nurses because the efficacy of the communication used cannot be left to luck or chance. This has to be guaranteed intentionally, which makes it necessary for nurses to develop knowledge and abilities that allow them to communicate therapeutically.

The therapeutic use of communication leads to care centered on the person and not the task, assuring, this way, the satisfaction of the people and the quality of the care provided.

Starting from this assumptions it is intended, with this study, of a quantitative, exploratory, descriptive and transversal focus, to know the way nurses position themselves before the use of therapeutic communication in care delivery.

448 nurses enrolled in the Ordem dos Enfermeiros Portugueses participated in this study. The data was collected through an online survey application, with the collaboration of the Ordem dos Enfermeiros, during the month of November, 2013.

The obtained results allow, among other aspects, to conclude that:

- touch, distance, posture, look, listening, silence, summary, questioning, counseling and feedback were considered communication and therapeutic communication techniques;

- there was a predominant agreement between the nurses with the intentional use of different techniques to communicate therapeutically and with its use to answer the needs of people;

- the nurses pointed to the use of techniques to respond to needs of their own in a percentage that varied between 16.8% for touch and 53.9% for questioning;

- the variables specialist title, current activity and time of professional exercise present themselves, by statistical significance, as influential in the positioning of the nurses' agreement, indecision or disagreement with respect to the referred aspects.

-most of the inquired manifested agreement with the use of therapeutic communication techniques and rejected the use of most non-therapeutic techniques.

The consequent conclusions of the acquired results allow suggesting to the education and clinical practice contexts that therapeutic communication builds on a set of specific techniques, requires intention, specific objectives and an adequate setting, and that it should be considered a priority in the ambit of academic and professional training of nurses, in a special way in the initial training and in the care context of those who have been working for less time.

SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

NOC – Classificação dos Resultados de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros Portugueses

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO.....	23
I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	29
1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS.....	29
2 – SOBRE A COMUNICAÇÃO	33
2.1 – COMUNICAR É...	33
2.1.1 – Comunicação verbal.....	40
2.1.2 – Comunicação não-verbal.....	41
2.2 – MODELOS TEÓRICOS DA COMUNICAÇÃO	44
2.3 – FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO	49
3 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	53
3.1 – PERTINÊNCIA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	55
4 – COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM	61
4.1 – A COMUNICAÇÃO – UMA REFERÊNCIA NO PERCURSO TEÓRICO DA ENFERMAGEM	62
4.2 – A COMUNICAÇÃO EM CLASSIFICAÇÕES UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS.....	72
4.3 – A COMUNICAÇÃO EM DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA OS ENFERMEIROS.....	77
4.4 – TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO.....	80
5 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM.....	93
5.1 – UMA QUESTÃO DE TERMINOLOGIA?	97
5.2 – TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICAS E NÃO TERAPÊUTICAS.....	99
II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	103
1 – CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA	103
1.1 – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO.....	103
1.2 – TRABALHO PRELIMINAR.....	104
1.3 – ESTUDO PRINCIPAL	106
1.3.1 – Objetivos e finalidade.....	106

	Pág.
1.3.2 – Tipo de estudo	107
1.3.3 – Questões de investigação.....	108
1.3.4 – População / amostra.....	109
1.3.5 – Variáveis.....	110
1.3.6 – Colheita de dados.....	111
1.3.6.1 – Procedimentos de recolha de dados.....	111
1.3.6.2 – Instrumento de colheita de dados.....	111
1.3.7 – Previsão do tratamento e análise dos dados.....	116
1.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	118
1.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	120
2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	122
2.1- TRABALHO PRELIMINAR.....	122
2.2 – ESTUDO PRINCIPAL.....	125
2.2.1 – Dados de caracterização pessoal e profissional.....	126
2.2.2 – Aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica.....	134
2.2.3 – Técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas.....	137
2.2.4 – Comunicação: técnicas terapêuticas e técnicas não terapêuticas.....	172
2.2.5 – Atitudes do enfermeiro.....	178
2.2.6 – Diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica	180
2.2.7 – Intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.....	181
3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	183
3.1 – TRABALHO PRELIMINAR.....	183
3.2 – ESTUDO PRINCIPAL.....	185
4 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES.....	203
4.1 – TRABALHO PRELIMINAR.....	203

	Pág.
4.2 – ESTUDO PRINCIPAL.....	203
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	214
 ANEXOS.....	 225
Anexo I – NIC – Termos/ expressões consideradas.....	227
Anexo II – NOC - Termos/ expressões consideradas.....	229
Anexo III – CIPE - Termos/ expressões consideradas.....	231
Anexo IV – Confirmação de apoio por parte da Ordem dos Enfermeiros.....	233
Anexo V – Questionário.....	235
Anexo VI – Parecer da Comissão de Ética.....	241
Anexo VII – Distribuição dos respondentes por área científica da habilitação académica.....	243
Anexo VIII – Distribuição dos respondentes de acordo com a instituição onde exercem atividade.....	245
Anexo IX – Distribuição dos respondentes em relação a cada técnica apresentada ser técnica de comunicação e técnica de comunicação terapêutica.....	247
Anexo X – Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica» em relação às técnicas apresentadas.....	249
Anexo XI – Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» em relação às técnicas apresentadas.....	251
Anexo XII – Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções» em relação às técnicas apresentadas	253
Anexo XIII – Distribuição das respostas das variáveis pelos perfis de comunicação.....	255

	Pág.
Anexo XIV – Distribuição dos respondentes quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica.....	261
Anexo XV – Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de:».....	263
Anexo XVI – Distribuição de respostas quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica.....	265
Anexo XVII – Distribuição de respostas quanto às intervenções/ações de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.....	269
Anexo XVIII – Distribuição de respostas quanto às intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.....	273

ÍNDICE DE TABELAS	Pág.
Tabela nº 1 – Distribuição dos respondentes por estado civil.....	127
Tabela nº 2 – Distribuição dos respondentes segundo as habilitações académicas.....	128
Tabela nº 3 – Distribuição dos respondentes por área científica da habilitação académica	128
Tabela nº 4 – Distribuição dos respondentes por área de especialização em enfermagem.....	129
Tabela nº 5 – Distribuição dos respondentes segundo a categoria profissional.....	130
Tabela nº 6 – Distribuição dos respondentes segundo a área de atuação profissional em que exercem atualmente.....	130
Tabela nº 7 – Distribuição dos respondentes segundo a área de atuação profissional em que possuem mais experiência.....	131
Tabela nº 8 – Distribuição dos respondentes segundo a área geográfica onde trabalham.....	132
Tabela nº 9-Distribuição dos respondentes por grupos em função do número de anos de exercício profissional.....	133
Tabela nº 10 – Distribuição dos respondentes de acordo com a instituição onde exercem atividade.....	133
Tabela nº 11 – Distribuição dos respondentes segundo o grau de concordância face à expressão «Em relação à comunicação utilizada pelo enfermeiro, considera que...».....	134
Tabela nº 12 – Distribuição dos respondentes segundo a resposta à pergunta: Para ser terapêutica a comunicação utilizada pelo enfermeiro deve.....	135
Tabela nº 13 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao Toque.....	138
Tabela nº 14 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à Distância	140
Tabela nº 15 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à Postura física ou Postura.....	142

	Pág.
Tabela nº16 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao Olhar.....	144
Tabela nº17 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à Escuta	146
Tabela nº 18 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao Silêncio.....	149
Tabela nº19 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à Síntese.....	150
Tabela nº 20 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao Questionamento.....	152
Tabela nº 21 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos às questões.....	154
Tabela nº 22 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao Feedback.....	156
Tabela nº 23 – Distribuição dos respondentes segundo o grau de concordância com os tipos de feedback utilizados para efetivar a comunicação terapêutica.....	157
Tabela nº 24 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos a Aconselhar e dar informação.....	158
Tabela nº 25- Distribuição dos respondentes segundo as respostas à pergunta: Para aconselhar e dar informação	161
Tabela nº 26 – Distribuição de respostas quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica	180
Tabela nº 27 – Distribuição de respostas quanto às intervenções/ações de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.....	182

ÍNDICE DE QUADROS	Pág.
Quadro nº 1 – Mitos e realidades da comunicação.....	34
Quadro nº 2 – NIC – Domínios/Classes/Intervenções – Comunicação.....	73
Quadro nº 3 – NOC – Domínios/Classes/Resultados – Comunicação.....	75
Quadro nº 4 –CIPE/Eixos/Definição/Comunicação.....	76
Quadro nº 5 – Técnicas de comunicação terapêuticas.....	100
Quadro nº 6 – Técnicas de comunicação não terapêuticas.....	101
Quadro nº 7 – Aspectos relativos à comunicação identificados nos planos de estudo do curso de enfermagem, 1º ciclo.....	122
Quadro nº 8 – Aspectos relativos à comunicação identificados na classificação das intervenções de enfermagem (NIC).....	123
Quadro nº 9 – Aspectos relativos à comunicação identificados na classificação dos resultados de enfermagem (NOC).....	124
Quadro nº 10 – Aspectos relativos à comunicação identificados na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).....	125
Quadro nº 11 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos «ser utilizado de forma intencional» e «possuir valor clinico autónomo de outras intervenções».....	137
Quadro nº 12 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos ao toque.....	140
Quadro nº 13 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à distância.....	142

	Pág.
Quadro nº 14 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à postura.....	144
Quadro nº 15 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à escuta.....	148
Quadro nº 16 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à síntese.....	151
Quadro nº 17 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos ao questionamento.....	153
Quadro nº 18 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto às questões a utilizar para efetivar a comunicação terapêutica.....	155
Quadro nº 19 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto ao tipo de feedback utilizado para efetivar a comunicação terapêutica.....	158
Quadro nº 20 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos a aconselhar e dar informação.....	160
Quadro nº 21 – Variáveis com significância estatística quanto aos aspetos comuns relativos a cada uma das técnicas e categorias que apresentam maior concordância.....	167
Quadro nº 22 – Proposta para otimização da comunicação como “ferramenta” terapêutica em enfermagem.....	212

ÍNDICE DE GRÁFICOS	Pág.
Gráfico nº 1 – Distribuição dos respondentes por sexo	126
Gráfico nº 2 – Distribuição dos respondentes por grupos etários.....	127
Gráfico nº 3 – Distribuição dos respondentes em função de ter ou não o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros.....	129
Gráfico nº 4 – Opinião dos respondentes em relação a cada técnica apresentada, ser técnica de comunicação e técnica de comunicação terapêutica.....	162
Gráfico nº 5 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica» em relação às diferentes técnicas apresentadas	163
Gráfico nº 6 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» em relação às diferentes técnicas apresentadas.....	164
Gráfico nº 7 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções» em relação às diferentes técnicas apresentadas.....	165
Gráfico nº 8 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha » em relação às diferentes técnicas apresentadas.....	166
Gráfico nº 9 – Distribuição dos respondentes quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica.....	173
Gráfico nº 10 - Opinião dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de...».....	178

ÍNDICE DE FIGURAS	Pág.
Figura nº 1 – Elementos básicos da comunicação.....	38
Figura nº 2 – Representação gráfica dos indivíduos segundo o perfil a que pertencem, projetados a partir dos valores dos seus scores nas dimensões 1(necessidade minha) e 2(necessidade da pessoa).....	171
Figura nº 3 – Representação gráfica dos indivíduos segundo o perfil a que pertencem, projetados a partir dos valores dos seus scores nas dimensões 1(técnicas não terapêuticas) e 2(técnicas terapêuticas).....	177

INTRODUÇÃO

Falar de comunicação é hoje comum. Talvez sem exagero se possa afirmar que se trata de um tema mediático, considerado e trabalhado em vários contextos e a propósito das mais diversas situações. A comunicação é um “campo de saberes e técnicas que abrange manifestações coletivas e individuais, as instituições e as relações de poder” (Monteiro, Caetano, Marques, & Lourenço, 2008, p. 17).

Embora esta possa ser considerada de forma mais ampla, este estudo refere-se à comunicação entre seres humanos, tendo em conta que esta toma diferentes formas que podem ser complementares e correspondem às componentes funcionais do ser humano. As sensações e as emoções são veiculadas por sinais corporais que vêm apoiar, completar ou contradizer as palavras – trata-se da linguagem não-verbal. A cognição dá acesso à linguagem, onde as mensagens são transmitidas por palavras – refere-se à comunicação verbal. Estas duas formas de expressão apresentam características e limites que lhes são próprios e que é importante conhecer na área de enfermagem (Phaneuf, 2005).

Ao considerar-se o referido pelos diferentes autores, parece haver unanimidade quanto à relevância da comunicação para o dia-a-dia do enfermeiro como cuidador por excelência, o que é reforçado por Phaneuf (2005) ao afirmar que a comunicação é condição *sin qua non* da qualidade dos cuidados e também a principal ferramenta terapêutica de que o enfermeiro dispõe.

Afirma Jasmine que embora poucos estudos tenham ainda sido realizados sobre esta temática, é do conhecimento comum que a falta de comunicação é a principal causa de mal entendidos e de conflitos em qualquer relacionamento (Jasmine, 2009), o que remete para a importância da competência comunicativa em todas as ações de enfermagem realizadas, uma vez que esta vai influenciar diretamente a interação com a pessoa (Negreiros, Fernandes, Macedo-Costa, & Silva, 2010).

Apesar de inevitavelmente presente nos cuidados, a comunicação não se apresenta terapêutica com a mesma inevitabilidade, pois para ser terapêutica a

comunicação deve ter como objetivo a interação, ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa sujeito de cuidados e simultaneamente contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, considerando-se, assim, um instrumento vital para uma análise criteriosa e uma tomada de decisões que conduza a um agir ético (Loch, Gauer, & Casado, 2008).

Cuidar e comunicar apresentam-se, desta forma, inevitavelmente ligados. No entanto, é fundamental ter em conta que, para que a comunicação terapêutica seja eficaz, é preciso cuidar realmente das pessoas e desejar compreender a situação que estas enfrentam (Jasmine, 2009). Neste contexto, o foco da prestação de cuidados é obrigatoriamente a pessoa, o que vai fazer com que esta se sinta compreendida e cuidada, condição essencial para que a comunicação terapêutica seja eficaz.

Porque se sabe hoje que comunicar de forma eficaz é algo que se aprende, o estudo da comunicação e mais concretamente da comunicação terapêutica assume um sentido relevante, apontado de forma implícita ou explícita em documentos de âmbito nacional e internacional e através da evidência científica.

O plano nacional de saúde (PNS) 2012-2016, não se referindo explicitamente à importância da comunicação terapêutica, contempla como valores fundamentais a “prestação de cuidados centrados na pessoa, dando resposta às suas necessidades individuais e o respeito pela pessoa humana, nas várias dimensões física, psíquica, social e espiritual, promotora da ética e da autonomia” (Direção Geral da Saúde, 2012, p.10). Este destaca como princípios, entre outros, o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de saúde, valores e princípios só possíveis de considerar ou atingir quando a comunicação e a comunicação terapêutica são utilizadas de forma adequada e eficaz.

No mesmo documento, e alargando estes aspetos a uma realidade mais vasta, pode ler-se que os valores assumidos são também os valores fundamentais dos sistemas de saúde europeus, o que remete para a necessidade de utilização da comunicação terapêutica numa realidade mais ampla.

Também o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) torna clara a preocupação com estas questões ao afirmar que os cidadãos do mundo querem

cuidados organizados em torno das suas necessidades, que respeitem as suas crenças e que sejam sensíveis à situação particular da sua vida (OMS, 2008, p.18), sendo apresentado como princípio fundamental, dar prioridade às pessoas garantindo-lhes uma maior atenção (OMS, 2008, p.44).

Se por um lado os documentos referidos nos apontam a área da comunicação, operacionalizada através do uso da comunicação terapêutica, como fundamental para que sejam obtidos no campo da saúde os resultados desejados, referindo-se à realidade mundial, a OMS afirma que existe um insuficiente reconhecimento da dimensão humana na saúde. É igualmente referida a necessidade de que os serviços de saúde adaptem as suas respostas à especificidade de cada indivíduo e comunidade para aumentar os ganhos em saúde (OMS, 2008, p.44). Tal remete para a forma como os cuidados chegam às pessoas, como as suas verdadeiras necessidades são tidas em conta e, portanto, se os diferentes profissionais, nomeadamente os enfermeiros, operacionalizam a dimensão relacional dos cuidados.

Também a evidência científica, através das conclusões de alguns estudos, reforça as preocupações apresentadas anteriormente, apontando a necessidade de que haja por parte dos enfermeiros um conhecimento e um uso efetivo da comunicação terapêutica.

As preocupações reveladas pelos documentos citados estão assim, presentes em alguns estudos, nomeadamente ao concluírem que a comunicação enfermeiro-utente nem sempre é efetiva, sendo por vezes pouco eficaz (Negreiros, Fernandes, Macedo-Costa, & Silva, 2010; Pontes, Leitao, & Ramos, 2007; McCabe, 2004), ou ainda que os enfermeiros não dão a devida importância à comunicação como um processo utilizando itens não terapêuticos nas interações (Negreiros, Fernandes, Macedo-Costa, & Silva, 2010).

Destacam-se igualmente pertinentes as conclusões que apontam para que o processo de comunicação terapêutica deva ser priorizado como atividade de enfermagem relevante e essencial, para efetivar a comunicação terapêutica enfermeiro - utente (Pontes, Leitao, & Ramos, 2007), e ainda a importância de um maior investimento na educação permanente, alertando e esclarecendo os profissionais sobre a importância da comunicação terapêutica (Negreiros,

Fernandes, Macedo-Costa, & Silva, 2010), aspetos que reforçam a necessidade do estudo sobre a comunicação terapêutica.

Para que a comunicação terapêutica seja parte integrante e efetiva dos cuidados de enfermagem é preciso que os enfermeiros a conheçam em profundidade e, portanto, teoricamente dominem os conceitos que integra, a valorizem enquanto estratégia fundamental para garantir cuidados de qualidade e, de forma consciente, com intencionalidade terapêutica a integrem nos cuidados que prestam.

Para tornar realidade a afirmação anterior, é necessário o envolvimento tanto das entidades responsáveis pela formação como pela prestação de cuidados, para que não aconteça o que refere Gefaell, ao afirmar que não é justo que se estejam a formar profissionais de enfermagem com boas habilidades técnicas, capazes de enfrentar os desafios que representa o corpo, mas com falta de habilidades para o resto do ser humano: o psicológico, o relacional, o emocional, o social, o cultural e o familiar (Gefaell, 2007).

Tratando-se assim de uma área cuja relevância é fundamentada de diversas formas e cujo estudo mais amplo do universo dos enfermeiros não se encontrou, partiu-se da seguinte questão: será que os enfermeiros utilizam as técnicas de comunicação na prestação de cuidados?

No entanto, e tendo em conta como referem Sampieri, Collado e Lucio (2006), é vantajoso formular por meio de várias questões o problema a ser estudado, pelo que se consideraram ainda as seguintes questões: como caracterizam os enfermeiros a comunicação que utilizam; quais as técnicas de comunicação terapêutica que os enfermeiros utilizam para prestar cuidados; quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica? As questões apresentadas são orientadoras para o estudo - comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros.

Perante o reconhecido interesse do fenómeno em estudo e a reduzida investigação encontrada na área específica, optou-se por realizar um estudo de enfoque quantitativo, exploratório, descritivo, e transversal.

O estudo desenvolveu-se a partir de uma amostra, não probabilística e intencional, constituída por 448 enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros e

teve como objetivo geral: conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica na prestação de cuidados.

No contexto deste estudo e para aceder a informação referente à dimensão “utilização” da comunicação terapêutica, optou-se pela apresentação do questionário na primeira pessoa. Na formulação das questões recorreu-se ao termo “utilizo”, para centrar os inquiridos simultaneamente no seu desempenho e no que se pretende estudar.

Este estudo revela-se importante porque permite conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica, as técnicas que consideram, bem como os itens que a caracterizam, e ainda identificar variáveis que permitem diferenciar a forma como os enfermeiros se posicionam perante estes aspetos, o que torna possível uma intervenção mais efetiva no sentido de otimizar a utilização da comunicação terapêutica.

Obtiveram-se também com este estudo informações importantes sobre, atitudes que os enfermeiros consideraram fundamentais para estabelecer comunicação terapêutica, identificação de diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica e de intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.

Para designar o sujeito alvo de cuidados, utilizou-se preferencialmente o termo pessoa, no entanto, são por vezes referidos outros termos de acordo com os autores mobilizados.

Esta tese está organizada em duas partes principais. Na primeira, que é precedida pela introdução, são aprofundados os aspetos teóricos. Esta é constituída por 4 capítulos, que integram subcapítulos. A segunda parte direcionada, para a investigação empírica, é constituída por 4 capítulos. Em cada um destes apresentam-se os aspetos referentes ao trabalho desenvolvido numa fase inicial, aqui designado trabalho preliminar, e depois os aspetos referentes ao estudo principal. Os capítulos integram, respetivamente: 1) os aspetos metodológicos, 2) a apresentação e análise dos resultados, 3) a discussão dos resultados e 4) as conclusões e implicações do estudo. Apresenta-se no final a listagem das referências bibliográficas.

I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O enquadramento teórico constitui-se de acordo com Fortin (2003), como um quadro de referência, que representa as bases teóricas da investigação. Estas bases teóricas vão permitir ordenar os conceitos entre si, de maneira a descrever, explicar ou predizer relações entre eles. Este enquadramento teórico surge assim como uma estrutura fundamental na clarificação conceptual, uma vez que permite estabelecer um vínculo entre o conhecimento existente sobre o tema e o problema que se pretende investigar (Coutinho, 2011).

Neste percurso, e para a definição da área específica a investigar – comunicação terapêutica - e do respetivo problema, foi fundamental a revisão da literatura uma vez que a literatura publicada se constitui como um importante recurso em todo o processo (Coutinho, 2011).

1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Os conceitos mobilizados, ao longo deste trabalho, são passíveis de diferentes abordagens. Por haver diversidade na forma como os autores se lhe referem apresenta-se, de seguida, o sentido que lhes é atribuído para efeitos deste estudo.

Central para este estudo, o termo comunicação pode remeter simultaneamente para informação/transmissão ou para partilha /participação, sendo que ambos os processos são fundamentais no dia-a-dia do enfermeiro quer como emissor, quer como recetor.

Tendo por base o referido por vários autores (Wiemann, 2011; Nunes, 2007; Phaneuf, 2005; Yerena, 2005; Berlo, 1999) considera-se, neste estudo, a importância das componentes cognitiva e afetiva da comunicação pois, seja qual for o contexto em que o enfermeiro se encontre a prestar cuidados, este deve atender com igual rigor ao conteúdo do que transmite e à forma como o faz. Assim, entende-se a comunicação como um processo dinâmico, contínuo, através do qual se estabelecem relações e interações humanas e em que é importante valorizar a dimensão verbal e não-verbal.

A Interação corresponde, neste contexto, a uma sequência de mensagens, com influência recíproca, trocadas entre as pessoas. As interações estabelecem

relações interpessoais e da qualidade dessas interações depende a qualidade dos cuidados (Costa & Jurado, 2006; Williams & Davis, 2005; Fisher & Adams, 1994; Marc & Picard, 1992).

A comunicação interpessoal corresponde à que se estabelece entre dois indivíduos ou pequenos grupos. É entendida como um processo contínuo que conduz à relação. A afirmação, de alguns autores, de que comunicação interpessoal é relação, torna difícil objetivar as diferenças entre comunicação interpessoal e relação interpessoal, no entanto, permite compreender a utilização por vezes indiferenciada das duas expressões.

Neste trabalho é utilizada, preferencialmente, a expressão comunicação interpessoal quando se refere a uma comunicação diádica ou em pequenos grupos.

Comunicação em saúde e tendo em conta o referido por diversos autores (Ramos, 2012; Hernandez, 2011; Thomas, 2006; Teixeira 2004; Avilés, 2000), considera-se a utilização de estratégias de comunicação adequadas, utilizadas com base em conhecimentos, que permitam: a troca de informações, o desenvolvimento de relações, bem como, o estudo da forma como a comunicação chega e influencia os públicos a que se destina.

Comunicação em enfermagem significa, para este estudo, a utilização da comunicação para estabelecer relação enfermeiro/utente e prestar cuidados de enfermagem. Assenta na necessidade de que esta esteja presente para garantir o sucesso dos procedimentos técnicos, e, da relação estabelecida com as pessoas (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007; Oliveira & Werlang, 2006; Stuart & Laraia, 2006; Phaneuf, 2005).

É inevitável que o enfermeiro comunique com as pessoas e é necessário que seja garantido, por ele, o sucesso da comunicação que estabelece. Isto deve aplicar-se a todas as pessoas e situações independentemente do contexto em que se encontram ou da fase de vida que estão a vivenciar.

Existem porém situações, que pela sua própria natureza, por exemplo: situações de crise, de grande vulnerabilidade, onde estão presentes altos níveis de ansiedade ou tristeza profunda, exigem uma maior atenção ao uso da comunicação, sendo necessário ter em conta alguns requisitos para que o sucesso seja garantido. Para estas situações, entre outras, está indicado o uso da

comunicação terapêutica que foi definida, para este estudo, com as seguintes características (Wold,2013; Fuller,2007; Gefael,2007; Yerena, 2005):

- ter intencionalidade terapêutica – visa dar resposta a um objetivo específico;
- ter em conta a realidade específica de cada pessoa;
- permitir identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas;
- ter valor terapêutico autónomo (tranquilizar, capacitar,...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);
- promover sentimentos de confiança nas pessoas.

O uso da comunicação terapêutica, definida desta forma, não está contraindicado em qualquer situação de cuidados. Sabe-se porém que, por vezes, o tempo de que o enfermeiro dispõe é limitado e utilizar a comunicação terapêutica na prestação de cuidados exige tempo e disponibilidade.

Para o enfermeiro que trabalha na área da saúde mental ou da psiquiatria, em que as pessoas apresentam, predominantemente, alterações ao nível do pensamento, da perceção, da capacidade de lidar com a realidade, de estabelecer relações interpessoais, a utilização da comunicação terapêutica é obrigatória para garantir o sucesso dos cuidados.

Também não se devem excluir à partida outros contextos de cuidados uma vez que, as pessoas que experienciam situações do foro médico ou cirúrgico, por exemplo, em que são predominantes as alterações orgânicas, podem simultaneamente estar ansiosas ou deprimidas, vivenciar com maior ou menor preocupação o que lhes está a acontecer.

Os cuidados de enfermagem são, neste contexto, assumidos como referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), ponto 4 do artigo 4º, as intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais (Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro).

A comunicação terapêutica inscreve-se no âmbito das intervenções autónomas, ou seja, sujeitas a prescrição, implementação e avaliação pelo próprio enfermeiro. A decisão de a utilizar será da responsabilidade deste, e, decorrerá da avaliação efetuada em cada situação. Esta será utilizada como intervenção autónoma ou como intervenção complementar a outras intervenções.

Tal como referido anteriormente é a comunicação, nas suas dimensões verbal e não-verbal, que vai permitir o desenvolvimento da relação, e, é a comunicação terapêutica que vai permitir efetivar a relação terapêutica.

Autores como Phaneuf (2005) e Bolander (1998) afirmam que uma relação terapêutica é uma relação de ajuda, e que, por sua vez, a relação de ajuda é uma relação terapêutica. Estas afirmações tornam difícil objetivar a(s) diferença(s) entre elas.

Não se tratando de conceitos fáceis de operacionalizar, pode afirmar-se que, a utilização da comunicação terapêutica, tal como descrita anteriormente, irá promover o estabelecimento de uma relação com potencial terapêutico que, garantirá o atingimento dos objetivos da relação de ajuda. Por outro lado, não é possível efetivar a relação de ajuda sem para isso utilizar a comunicação terapêutica, o que faz com que exista uma zona de interceção entre os conceitos de comunicação terapêutica, relação terapêutica e relação de ajuda.

Importa igualmente referir que, terapêutico(a) pretende significar, neste estudo, “que se traduz em benefícios concretos na saúde das pessoas” (Lopes, 2006, p. 281).

No sentido de operacionalizar a comunicação e a comunicação terapêutica, o enfermeiro tem à sua disposição algumas técnicas entendidas como um conjunto de procedimentos ou ações utilizados com o objetivo de obter um determinado resultado. As técnicas utilizadas são consideradas terapêuticas quando a sua utilização gera resultados positivos na saúde das pessoas.

Para garantir resultados terapêuticos o enfermeiro precisa desenvolver habilidades, ou seja, a capacidade para executar algo com destreza e conhecimento. Para executar técnicas, por exemplo, são necessárias habilidades. Considerou-se também, neste estudo, que com treino e experiência as habilidades podem ser melhoradas.

O termo estratégia refere-se à utilização combinada de meios, no sentido de facilitar, ou promover a obtenção de resultados positivos para a pessoa.

A capacidade de mobilizar de forma integrada habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas remete para o sentido com que foi utilizado o termo competência(s).

2 – SOBRE A COMUNICAÇÃO

2.1 – COMUNICAR É...

A comunicação faz parte integrante da vida de todas as pessoas, do ambiente social. É impossível dissociar a comunicação dos diferentes aspetos da vida.

É importante desta forma, iniciar por uma abordagem dos aspetos mais globais da comunicação.

Segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (2003), comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação. Por sua vez, comunicação refere-se a informação, participação, transmissão, mas também a convivência, ligação, aspetos que podem remeter para os propósitos gerais da comunicação que são, segundo Yerena (2005), informar, entreter, persuadir e atuar.

A definição etimológica do termo comunicar, do latim *comunicare*, significa pôr em comum, entrar em relação com, partilhar (Nunes, 2007), sendo nesta sequência a comunicação referida por vários autores como inerente à natureza humana, um processo permanente, inevitável e universal. Watzlawick, Beavin, & Jackson (2002) apresentam a comunicação como “condição *sin qua non* da vida humana e da origem social”, acrescentando que não se pode não comunicar, pois “a comunicação é indispensável para a sobrevivência dos seres humanos e para a formação e coesão de comunidades, sociedades e culturas.” (Sousa, 2006, p. 23).

As razões porque temos de comunicar são, entre outras, a troca de informações, o entendimento em relação a si próprio e aos outros, a integração em grupos, comunidades, organizações e na própria sociedade, a satisfação das necessidades económicas e a interação com os outros, fundamental para a auto estima e equilíbrio (Sousa, 2006).

A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamo-nos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência. A comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afeto e amor (Passadori, 2009).

Pelo referido, a comunicação pode ser considerada uma condição fundamental da vida humana que abrange todas as ações por meio das quais um ser humano pode afetar o outro.

Para Phaneuf (2005), numa comunicação as nossas trocas compreendem duas componentes principais, uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – o quê da mensagem – e uma parte mais afetiva, ligada à maneira como é transmitida – o como da mensagem. Perante isto, torna-se fundamental ter em conta que a comunicação não se refere somente à transmissão verbal, explícita e intencional de mensagens, mas inclui todos os processos através dos quais as pessoas se influenciam (Centeno, 2009).

A comunicação não é um evento simples mas antes um processo complexo que inclui diversas variáveis. Pode afirmar-se que se trata de um processo recíproco e não unilateral, como é enfatizado pelos termos/expressões “troca”, “partilha”, “relação”, “entrar em relação”, utilizados por diferentes autores para definir comunicação.

Apesar da existência de alguma unanimidade na forma como diferentes autores definem comunicação, este é um processo poderoso que não é vivido da mesma maneira por todas as pessoas, existindo por vezes mitos que podem conduzir a falsas crenças ou mesmo a crenças limitantes em diferentes fases do processo comunicativo.

Monteiro, Caetano, Marques, & Lourenço (2008), citando Rego (1999), identificam, tal como se apresenta no quadro seguinte, mitos e realidades da comunicação.

Quadro nº 1 - Mitos e realidades da comunicação

Mitos	Realidades
1 - Comunicamos apenas quando consciente e deliberadamente decidimos comunicar.	Muitas vezes comunicamos sem estarmos conscientes disso e/ou sem o querermos.
2 - As palavras têm o mesmo significado para nós e para os nossos ouvintes.	O significado que as pessoas atribuem às palavras depende das suas próprias experiências e percepções.
3 - Comunicamos, principalmente, através de palavras.	Comunicamos também (e sobretudo) através de símbolos não-verbais, linguagem gestual e corporal.

4 - A comunicação é uma atividade de sentido único.	A comunicação é uma atividade de dois sentidos.
5 - A mensagem que enviamos é idêntica à mensagem recebida pelo ouvinte.	A mensagem recebida pelo recetor nunca é exatamente igual à que lhe enviamos.
6 - A informação que proporcionamos às pessoas nunca é excessiva.	Existem situações em que corremos o risco de fornecer excessiva informação às pessoas, criando-lhes dificuldades.

Fonte: Rego, Arménio (1999) in (Monteiro, Caetano, Marques, & Lourenço, 2008, p. 344)

É pois fundamental, para garantir o sucesso da comunicação, ter em conta a realidade do que acontece e não se deixar contaminar pelos mitos, porque estes poderão ser indutores de falsas avaliações e consequentemente respostas inadequadas, diminuindo assim à partida a possibilidade de garantir a eficácia da comunicação em diferentes momentos e/ou situações.

Comunicar consiste assim, de acordo com Phaneuf (2005), em exprimir-se e permitir também ao outro fazê-lo. A comunicação é um processo de acesso ao outro e de compreensão recíproca.

Assumir, como se tem vindo a fazer e como refere Phaneuf (2005), a comunicação como um processo, acontece também porque o conceito de processo nos remete para um fenómeno dinâmico, contínuo, com contínuas mudanças no tempo (Berlo, 1999).

No entanto, a comunicação é um processo que não tem princípio e fim bem definidos. Um processo que se desenvolve num contínuo espaço-tempo, em que coexistem e interagem múltiplas variáveis (Sousa, 2006).

Williams (1988), citado por Serra (2007), sublinha o duplo sentido da palavra comunicação, uma vez que ela pode e é em diferentes situações interpretada como transmissão, remetendo para um processo de sentido único; mas também pode ser interpretada como partilha, e aí um processo comum ou mútuo.

E o duplo sentido apresentado anteriormente permite olhar para a comunicação também como instrumento essencial através do qual se instauram e desenvolvem as relações e as interações humanas.

Definir comunicação e chegar a uma compreensão mais lata do seu significado implica conhecer os seus componentes. Os autores, não indiferentes à

época a que pertencem, descrevem os componentes da comunicação que, na perspectiva de Yerena, (2005) são:

1 – A fonte, que corresponde à origem da mensagem. Pode ser qualquer pessoa, grupo ou instituição que gera uma mensagem para transmitir;

2 – O emissor, que é a pessoa que emite ou envia a mensagem. Fonte e emissor consideram-se um só elemento quando a pessoa que cria a mensagem é a mesma que a transmite;

3 – O recetor, que é a pessoa ou grupos de pessoas a quem se dirige a mensagem. Tal como o emissor, o recetor conta com capacidades para decodificar a mensagem e responder à comunicação. Entre elas estão:

a) habilidades comunicativas – implicam ouvir, processar informação, ler, escrever, falar, etc.;

b) conhecimentos – sobre o tema, a situação, etc.;

c) atitudes – para ajuizar sobre a fonte, o emissor, o tema, a situação;

d) sistema social – grupo a que pertence, região do país;

4 – A mensagem – é o conteúdo transmitido do emissor para o recetor e integra três elementos:

a) o código – o sistema estruturado de sinais;

b) o conteúdo – são as ideias que constituem a mensagem;

c) o tratamento – a eleição de um estilo, o modo de dizer as coisas, com o objetivo de facilitar a compreensão da mensagem;

5 – O canal – meio ou veículo pelo qual se envia a mensagem;

6 – A retroalimentação ou feedback – elemento chave que propicia a interação entre o emissor e o recetor. Quando as pessoas falam cara a cara existe feedback não-verbal, em forma direta e imediata. Pode haver feedback posterior ao ato comunicativo, quer dizer em forma mediata e através de diversos meios. A própria mensagem pode ser fonte de retroalimentação, o que ocorre por exemplo quando uma pessoa está a escrever e depois lê o seu texto para melhorar a linguagem ou a sua comunicação;

7 – O ruído – são barreiras ou obstáculos que se apresentam em qualquer momento do processo e provocam mal entendidos, confusões, desinteresse, podendo mesmo impedir que a mensagem chegue ao destino. Podem existir vários tipos de ruídos, sendo que os mais comuns são:

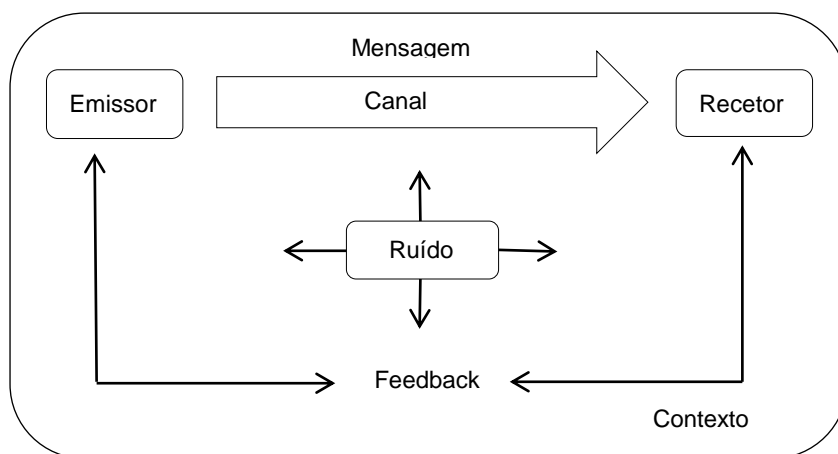
- a) Ruído psicológico: pode apresentar-se ao emissor e ao recetor. É um estado anímico mental ou emocional produzido pela situação que se vive, por exemplo tensão, tristeza, angústia e apatia;
- b) Ruído fisiológico: consiste em doenças ou incapacidades do organismo humano do emissor e do recetor, por exemplo perda de vista, de audição, rouquidão, dor, dispneia ou outras;
- c) Ruído semântico: apresenta-se no conteúdo da mensagem, quando as palavras empregues podem ter um significado confuso ou desconhecido para o recetor;
- d) Ruído técnico: apresenta-se no meio ou canal que transmite a mensagem, por exemplo manchas de tinta em textos impressos, falta de som no rádio;
- e) Ruído ambiental: são alterações que podem ser naturais do ambiente, como chuva, calor, frio... e artificiais produzidas por máquinas e artefactos como aviões, telefones e muitos mais;

8 – O contexto – refere-se ao ambiente físico, situação social e estado psicológico do emissor e recetor no momento da comunicação:

- a) Físico – refere-se ao lugar e condições físicas em que se realiza o processo de comunicação;
- f) Social – tem que ver com as diferentes áreas ou campos de atividade de uma sociedade (contextos de negócios, académicos, religioso, cultural, etc.), normas, hábitos e padrões de conduta dos grupos;
- g) Psicológico – é o estado emocional que se gera devido ao caráter, comportamentos ou atitudes do emissor e recetor.

Apresenta-se a seguir um esquema dos elementos básicos da comunicação (Figura nº 1).

Figura nº 1 – Elementos básicos da comunicação



Ainda no sentido de facilitar o seu estudo, diversos autores têm proposto várias formas de classificar a comunicação. Assim, partindo dos principais componentes do processo de comunicação pode considerar-se a comunicação:

Quanto ao **número de** participantes que intervêm no processo comunicativo (McQuail (2003) citado em Serra (2007); Serra, 2007; Yerena 2005; Berlo,1999), pode designar-se:

- Intrapessoal – Reflexão, consigo mesmo
- Interpessoal – Díade/Casal
- Intergrupar / num grupo pequeno – (Três ou mais pessoas)
- Pública – Uma pessoa ou um grupo perante um público
- De massas – comunicação de massas

Quanto ao **meio** (Yerena, 2005) – podem considerar-se tantos tipos de comunicação como recursos existentes para a transmissão e receção de mensagens, no entanto a mais significativa é:

- Verbal: oral ou escrita
- Não-verbal: visual, auditiva, cinestésica
- Eletrónica: com recurso a tecnologia

A comunicação verbal versus comunicação não-verbal classifica segundo Serra (2007), a comunicação quanto ao **código**.

Quanto à **mensagem**, pode ser em relação ao conteúdo e ao destino do que se envia: pública ou privada (Yerena, 2005).

Quanto ao **contexto** pode ser formal ou informal (Yerena, 2005).

Quanto ao **tempo**: comunicação direta ou síncrona versus comunicação diferida ou assíncrona (Serra, 2007).

São, sem dúvida, inúmeros os aspetos importantes referentes à comunicação e à compreensão da mesma para que possa ser utilizada de forma eficaz.

Para além dos aspetos referidos, é necessário aprender a identificar a tendência que as pessoas seguem nos seus processos internos de organização da informação, pois só assim poderemos garantir um bom nível de comunicação com elas (Anatalino, 2009).

A comunicação como atividade primordial do ser humano, integra de acordo com Rulicki & Cherny (2007), seis funções sociais básicas em que a comunicação verbal se combina com a comunicação não-verbal, e que são:

- Intercâmbio informativo especial que se refere à transmissão e interpretação de informações especializadas, vinculadas a campos técnicos.
- Intercâmbio quotidiano que consiste na transmissão de mensagens acerca de questões da vida diária. Cumpre-se graças a uma combinação em proporções similares de linguagem verbal e não-verbal.
- Comparação de estatutos relacionados com o processo comunicativo no que diz respeito à circulação de mensagens conscientes e inconscientes referentes ao estatuto que cada individuo tem na sociedade.
- Avaliação estética e sexual, uma vez que a comunicação também implica atos de expressão e perceção dos indicadores corporais de atracção e rejeição.
- Expressão mística, sendo que os atos não-verbais são fundamentais nas práticas religiosas.
- Expressão afetiva pois as emoções básicas canalizam-se diretamente através de comportamentos corporais, sendo esta uma função transversal a todas as outras.

Os elementos anteriormente apresentados, e particularmente no que se refere às funções da comunicação, remetem para uma realidade onde estão presentes a dimensão verbal e não-verbal.

Hoje é vasta a literatura que aponta para a existência de uma gama de elementos verbais e não-verbais, presentes no processo comunicativo, tornando, assim, a comunicação numa totalidade que integra o verbal e o não-verbal,

levando à afirmação da mensagem verbal como uma componente da comunicação.

2.1.1 – Comunicação verbal

A comunicação humana é considerada verbal quando se expressa pela palavra, sendo que pode ser oral ou escrita.

A comunicação verbal é a base da comunicação quotidiana, tornando-se esta num veículo de preservação e contínua modificação da realidade subjetiva do indivíduo. Compreender a linguagem é primordial para entender a realidade da vida.

Pode-se assumir que o uso da comunicação, oral ou escrita, é necessário a todos para transmitir as nossas ideias, sendo importante ter em conta que a componente verbal é a que menos interessa e a que menos influi na comunicação (Bandler & Grinder, 1982), o que à partida deverá estimular a atenção e as opções de âmbito discursivo e comunicativo.

As palavras são importantes mas, como dispomos de muitas para comunicar, devemos escolhê-las sabiamente a fim de que a comunicação seja mais eficaz e se criem relações satisfatórias (Wiemann, 2011).

A comunicação verbal, ao manifestar-se por palavras, é o meio privilegiado para transmitir os nossos desejos, emoções e intenções. A linguagem é o instrumento mais indicado para transmitir rapidamente os nossos pensamentos (Hogue, 2000). “Pela magia da palavra exprimem-se as informações, as opiniões, os sentimentos e as emoções que permitem aos humanos entrar em contacto, criar relações harmoniosas e desenvolver relações significativas e profundas” (Phaneuf, 2005, p. 82).

Assim, valorizando devidamente o uso da palavra, é fundamental o desenvolvimento de uma atitude comunicativa integradora, onde as dimensões verbal e não-verbal não se excluam mas se tornem mutuamente inclusivas, enriquecendo as trocas comunicativas e garantindo não apenas a eficácia de cada ato comunicativo, mas também da comunicação de uma forma global.

Sabe-se porém que a comunicação oral está ligada a um tempo, é sempre dinâmica num contínuo ir e vir, e que esta tem a capacidade de utilizar a voz, os gestos e todos os recursos de expressividade de movimentos de quem fala, que

apoiam e complementam o significado das mensagens. Pode dizer-se que esta se distingue pelo seu dinamismo, espontaneidade e rapidez para expressar ideias (Yerena, 2005).

A comunicação escrita, por sua vez, utiliza signos linguísticos, está ligada a um tempo e espaço, é mais estática, permanece e segue uma estrutura gramatical, tendendo a ser mais formal que a falada (Yerena, 2005).

A autora referida chama ainda a atenção para o facto de, na comunicação oral, cometermos muitos erros, usarmos vocabulário com significados e pronúncia incorretos, dizermos frases incompletas, usarmos repetições, sendo que, perante a rapidez natural da fala, muitos destes erros passam despercebidos. Já na comunicação escrita, há tendência a evitar os erros, sejam eles de construção sintática ou de ortografia, uma vez que as repetições, as redundâncias fazem-se notar, assim como a pobreza de vocabulário (Yerena, 2005), o que conduz com frequência a uma maior atenção à escrita.

Apesar de, quando se pensa em comunicação, poder haver a tendência para sobrevalorizar a verbalização, sabe-se que existem outras dimensões comunicativas fundamentais para a compreensão dos fenómenos da linguagem e da interação entre as pessoas.

Bandler & Grinder (1982) afirmam a este propósito que não há erros na comunicação: só há resultados, sendo necessário especificar qual o resultado que se deseja, uma vez que o significado da comunicação que se faz é a resposta que se consegue. Perante uma resposta que não corresponde ao que quer, deverá então mudar o que está a dizer.

Este é sem dúvida um princípio importante a aplicar à comunicação verbal e não-verbal que se apresenta a seguir, mas igualmente a incluir em outras dimensões da vida pois, como refere Coelho (2012), se o que se pretende é alcançar algo novo, então a melhor hipótese será fazer algo novo.

2.1.2 – Comunicação não-verbal

Como foi referido no capítulo anterior, no processo comunicativo, sendo naturalmente importantes as trocas verbais, sabe-se que estas representam uma pequena parcela no estabelecimento de uma boa comunicação, pois estima-se que apenas cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais

paralinguísticos e 55% por gestos corporais (Stuart & Laraia, 2006; Bioy, Bourgeois & Nègre, 2003).

Os indícios não-verbais podem confirmar ou desmentir o que é traduzido pela linguagem verbal, e estão tão naturalmente presentes nas interações da vida diária que é difícil ter consciência do que representam.

A comunicação não-verbal favorece uma percepção mais lúcida e totalizadora dos processos comunicativos. O seu emprego na vida quotidiana acrescenta capacidade de prestar atenção e reconhecer o que acontece para além das palavras, o que pode conduzir à implementação das estratégias mais adequadas (Rulicki & Cherny, 2007) .

Considerar no processo comunicativo a comunicação não-verbal implica atender a que se trata de processos basicamente inconscientes, ou seja, menos sujeitos que a linguagem à regulação consciente, deixando assim passar mais facilmente conteúdos profundos da experiência do indivíduo (Rulicki & Cherny, 2007; Stuart & Laraia, 2006; Bitti & Zani, 1997).

Segundo Fachada (2010), muitas vezes é a linguagem não-verbal que acompanha a verbal, que lhe oferece um significado mais profundo e verdadeiro, o que pode ser indicativo da relevância que o discurso não-verbal assume nos processos de comunicação humana, ilustrado pela expressão “um gesto vale mais que mil palavras”, bem conhecido de todos.

A comunicação não-verbal, com a qual se dá vida às palavras pronunciadas, é simultaneamente o espelho das nossas emoções mais ocultas e verdadeiras, sendo que todas as partes do nosso corpo lançam mensagens que permitem a exteriorização dos nossos sentimentos, através de gestos, de posturas e de silêncio (Guglielmi, 2009; Hogue, 2000). É a maneira de dizer que faz a diferença. O verbal informa, o gestual estabelece o contacto e por vezes substitui a palavra (Bioy, Bourgeois, & Nègre, 2003).

São múltiplas as funções ou utilidades da comunicação não-verbal. Destacam-se entre elas: expressar emoções e sentimentos, apoiar e complementar a comunicação verbal, regular as trocas interativas, ajudar a manter laços com os outros, manter a autoimagem e participar na apresentação do eu aos outros (Phaneuf, 2005; Bitti & Zani, 1997).

A comunicação não-verbal, para Corraze (1982), processa-se através de três suportes: o corpo abrangendo as qualidades físicas, fisiológicas e movimentos; o homem, incluindo objetos como roupa, adornos, cicatrizes, tatuagens, e mesmo as habilidades humanas que possam servir à comunicação; e ainda a relação do indivíduo com o espaço.

Uma interpretação correta e consciente da linguagem não-verbal exige o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, investimento que vale a pena pois a competência nesta matéria vai permitir, através da observação e interpretação correta da comunicação não-verbal, aceder à verdade das emoções verdadeiramente experimentadas pelas pessoas.

Os campos de estudo da comunicação não-verbal são diversos e envolvem todas as manifestações de comportamento não expressas por palavras.

Referindo-se basicamente às mesmas áreas, os diferentes autores organizam de forma diferente os campos abrangidos pela comunicação não-verbal. Optou-se, assim, pela classificação apresentada por (Rulicki & Cherny, 2007), na qual propõem uma classificação integradora das categorizações apresentadas por diferentes investigadores. Assim, e de acordo com Rulicki & Cherny (2007), os campos da comunicação não-verbal são:

- **Sistema cinestésico** ou seja, relacionado com o movimento, e uma vez que os atos não-verbais que lhe correspondem são muitos e muito variados aparece subdividido em:

- Subsistema gestual e postural, em que a conduta gestual compreende os movimentos fugazes das expressões faciais, das mãos, e do corpo no seu conjunto e as posturas são comportamentos não-verbais mais estáveis, em que partes, ou o corpo todo, adotam uma posição que pode durar minutos ou horas. Estas incluem formas de estar de pé, sentar-se ou caminhar.

- Subsistema ocular, em que o olhar é uma forma de fazer sentir a nossa presença aos outros, podendo considerar que ao olhar outra pessoa nos olhos, estamos a estabelecer contacto ocular. O olhar informa sobre os processos emotivos, cognitivos, valorativos e intencionais. Intervêm neste, fatores como a duração, a direção, a intensidade e o brilho que os olhos adquirem.

- Subsistema de contacto, em que o contacto corporal implica uma ponte não só visual ou auditiva mas também física entre duas ou mais pessoas e pode transmitir uma forte carga emocional.

- **Sistema Proxémico**, introduzido em 1959 por Edward Hall, o termo proxémica refere-se ao estudo dos padrões culturais usados para construir e perceber o espaço social e pessoal. A territorialidade é uma manifestação instintiva através da qual se declara a apropriação de determinado espaço.

- **Sistema Cronémico**, trata-se do aspeto da comunicação não-verbal relativo às formas culturalmente estabelecidas de organizar o uso do tempo.

- **Sistema Diacrítico**, o comportamento diacrítico abarca os códigos do vestuário, do arranjo pessoal e inclui entre outros, o uso de distintivos religiosos ou corporativos, o estilo de indumentária, maquilhagem, o uso de jóias, etc.

- **Sistema Paralinguístico**, compreende, além do tom de voz, o volume, o ritmo, a dicção, o ênfase e as pausas, os suspiros e os bocejos e também a frequência na emissão de interjeições.

Torna-se desta forma obrigatório que todas as aprendizagens e habilidades em comunicação não-verbal sejam utilizadas para uma melhor compreensão das pessoas e dos seus processos comunicacionais, constituindo-se assim na base de uma melhor comunicação, não esquecendo que cada um dos aspetos observados e considerados devem ser colocados no seu contexto mais amplo, ou seja, tidos em conta de forma integrada na globalidade que é cada pessoa.

2.2 – MODELOS TEÓRICOS DA COMUNICAÇÃO

Tratando-se de um estudo na área da comunicação, embora relacionado com uma área específica da sua utilização, questionou-se a pertinência da inclusão deste capítulo. No entanto, o aprofundamento que se foi fazendo foi tornando progressivamente mais clara a resposta que se procurava e que Sousa ajuda a clarificar ao afirmar que “conhecer a teoria da comunicação é essencial para se compreenderem e dominarem performativamente as técnicas profissionais e para se entender o que está em causa no desempenho das profissões” (Sousa, 2006, p. 14).

O atual campo das ciências da comunicação deriva de, e envolve uma multiplicidade e diversidade de disciplinas, cada uma com as suas perspetivas, os

seus centros de interesse e os seus métodos próprios, o que à partida torna difícil (ou mesmo impossível) uma abordagem linear da comunicação (Serra, 2007).

Aos aspetos atrás referidos acresce o facto de a comunicação envolver um conjunto de níveis e fenómenos, o que torna ainda mais difícil elaborar uma teoria que seja generalizável.

Para que se torne possível conjugar os diferentes aspetos é necessário também, na prática, ter em conta diferentes conceitos envolvidos.

Assim, de acordo com Serra (2007, p. 47), “qualquer teoria de comunicação é, não a teoria da comunicação em geral mas, a teoria de um certo tipo ou aspeto da comunicação que, de forma implícita ou explícita, toma como ponto de partida o modelo”.

É importante mencionar que, de acordo com a perspetiva de John Fiske, há duas escolas principais no estudo da comunicação: a escola processual, que encara a comunicação como transmissão de mensagens, e a escola semiótica, que concebe a comunicação como produção e troca de significados (Fiske, 2002).

Assim, as escolas semiótica e processual consideram de forma diferente o conceito de interação social, e, o conceito de mensagem.

Para a escola processual a interação social corresponde ao “processo pelo qual uma pessoa se relaciona com outras ou afeta o comportamento, estado de espírito ou reação emocional de outra e, vice-versa”; para a escola semiótica é “aquilo que constitui o individuo como membro de uma cultura ou sociedade” (Fiske, 2002, p. 15).

O conceito de mensagem é, para a escola processual, “o que é transmitido pelo processo de comunicação” e, para a escola semiótica “uma construção de signos que, pela interação com os recetores, produzem significados” (Fiske, 2002, p. 15). De acordo com o autor referido a escola processual relaciona-se sobretudo com as ciências sociais e a semiótica com disciplinas do domínio das artes.

No que se refere aos paradigmas mencionados, os autores não defendem que sejam incompatíveis.

A constatação apresentada por Berlo, de que a comunicação entre as pessoas pode ocorrer em vários níveis, com muitas pessoas, por diferentes razões e de muitas formas, pode levar a questionar, tal como faz Serra (2007), o

que haverá de comum a todas essas situações de comunicação em número quase infinito?

E é aqui que, no sentido de uma melhor compreensão do processo comunicativo, surgem os modelos de comunicação que são importantes porque servem para representar a relação e dinâmica entre os componentes do processo comunicativo. Apesar de revelarem aspetos diferentes, em todos eles se destacam três elementos indispensáveis para que se produza a comunicação: emissor, mensagem e recetor (Yerena, 2005).

Os primeiros modelos de comunicação surgem nos anos 40, 50 e estão associados às teorias matemática da comunicação e cibernética.

Assim, os modelos de base linear ou de informação são ilustrados através de um esquema linear, matemático e unidirecional.

Um destes modelos mais conhecido é, segundo Serra (2007), o de Lasswel (1948) e pode resumir-se na seguinte fórmula: “Quem, diz o quê, em que canal, a quem, com que efeitos” Serra (2007), ou seja de acordo com a descrição de Lasswel um ato de comunicação é a resposta a cinco questões: quem? diz o quê? em que canal? a quem? com que efeito?

Trata-se de um modelo que propõe a ideia de que a iniciativa de um ato comunicativo é sempre do emissor e que os efeitos ocorrem unicamente no recetor, quando na verdade, um ato comunicativo não tem início bem definido e há uma influência mútua entre emissor e recetor (Sousa, 2006). Ainda segundo o mesmo autor, podem salientar-se nas críticas ao modelo o facto de se tratar de um modelo linear quando a comunicação é um processo complexo, para além ainda do facto de ser um modelo redutor ao não considerar o feedback.

Da mesma época, figuram também os estudos de Shannon e de Weaver que se exprimem igualmente através de um esquema linear matemático, unidirecional.

Fiske (2002) refere que a obra de Shannon e Weaver é aceite como uma das principais fontes dos estudos de comunicação.

Surgiram depois modelos que integram o feedback como elemento regulador da circularidade da informação. Estes modelos consideram o ato comunicativo, não como um processo de transmissão de mensagens em sentido único como acontecia anteriormente, mas como um processo em que existe

interação entre o emissor e o recetor e são considerados por alguns autores modelos de base cibernética ou circulares.

Destaca-se nesta categoria o modelo de comunicação interpessoal de Schramm (1954), em que este “propõe que cada emissor pode também funcionar como recetor num mesmo ato comunicativo (devido ao mecanismo de feedback)” (Sousa, 2006, p. 87). Para que tal seja possível, é necessário que cada emissor/recetor tenha a habilidade de decodificar e interpretar mensagens recebidas e de codificar mensagens a emitir (Sousa, 2006).

É importante salientar que, de acordo com a perspetiva apresentada e tomando como exemplo a comunicação interpessoal, uma mensagem tem implícitas várias mensagens, uma vez que importa, para além do que a pessoa diz, a forma como o faz, como se apresenta, etc.

Outros modelos têm surgido e sido propostos ao longo do tempo. Destaca-se a Escola de Palo Alto, que propôs um modelo onde a comunicação é vista como um processo social, como a matriz para todas as atividades humanas. “Esse modelo vê as pessoas, simultaneamente, como emissores e recetores em interação contínua, num contexto sociocultural. Cada mensagem serve de suporte e contexto a nova mensagem” (Sousa, 2006, p. 91).

Apresenta-se este modelo por, em contraposição com os modelos mais lineares, refletir melhor o dinamismo e o carácter complexo do processo de comunicação.

A Escola de Palo Alto teve como contributo mais inovador para a teoria da comunicação a apresentação de cinco axiomas da comunicação (Sousa, 2006):

1 – É impossível não comunicar.

Trata-se de uma premissa muito importante uma vez que, por mais que a pessoa queira, ou se esforce, é-lhe impossível não comunicar.

Numa situação de interação, todo o comportamento tem valor de mensagem, ou seja, é comunicação. Seja uma palavra ou um silêncio, um movimento ou inatividade, tudo possui valor de mensagem (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002).

Estes aspetos são muito relevantes nas situações de cuidados pois, tanto o que a pessoa diz como o seu silêncio, a sua agitação ou imobilidade, são em si comunicação e fornecem aos profissionais indicações fundamentais. A

comunicação ocorre num processo dinâmico em que há alternância de palavras e de mensagens não-verbais e, para ser eficaz, deve ser constantemente relançado de uma pessoa para a outra (Phaneuf, 2005), pois ocorre entre emissor e recetor uma constante troca de papéis.

2 – Há dois níveis de comunicação em cada ato comunicativo: o conteúdo e a relação.

Isto significa que uma comunicação transmite não só informação mas impõe ao mesmo tempo um comportamento. A transmissão da informação de uma mensagem, de factos e acontecimentos, corresponde ao conteúdo da mensagem, o aspeto “ordem”, plano afetivo, refere-se às relações entre as pessoas que comunicam (Phaneuf, 2005; Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002).

Para que ocorra verdadeira comunicação é necessário que os interlocutores estejam no mesmo nível. Por exemplo, quando uma pessoa expressa a sua angústia ou sofrimento e obtém da parte do enfermeiro uma informação, uma explicação ou uma observação factual, pode ocorrer falha na comunicação (Phaneuf, 2005). Enfermeiro e pessoa cuidada encontram-se em planos diferentes (conteúdo e relação) o que se torna um obstáculo ao sucesso da comunicação.

Quando as pessoas estão doentes, e por isso mais vulneráveis, torna-se ainda mais importante, não descurando o conteúdo, uma atenção especial à dimensão relacional. É também facilitador que o enfermeiro privilegie, como emissor e como recetor, a dimensão comunicativa em que a pessoa se encontra.

3 – Pontuação da sequência.

Refere-se à organização interna da própria mensagem em que a pontuação serve para estruturar a maneira de se comportar, sendo assim vital para as interações (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002).

Por exemplo perante um determinado comportamento de uma pessoa, as pontuações repetidas vão estruturar e permitir identificar o desempenho de um papel, que será implicitamente admitido pelos interlocutores. Num grupo pode permitir identificar um líder.

Para os enfermeiros, que têm na relação a essência dos cuidados que prestam, a discordância sobre a forma de pontuar pode constituir-se num elemento dificultador da relação.

4 – A comunicação pode ser digital ou analógica.

A linguagem digital é uma sintaxe lógica, complexa e poderosa mas sem adequada semântica no campo das relações. A linguagem analógica possui a semântica mas falta-lhe a definição sem ambiguidade da natureza das relações (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002).

A comunicação exige constantemente a utilização combinada e a tradução da forma analógica em digital e vice-versa. Este é um processo, por vezes difícil, que pode levar à perda de informação.

5 – A interação entre os participantes num ato comunicativo pode ser simétrica ou complementar.

Interações simétricas ou complementares podem ser descritas como sendo baseadas na igualdade ou na diferença. Na interação simétrica os parceiros tendem a refletir o comportamento um do outro, e, na complementar surgem como complemento um do outro. Ambas são importantes e deverão estar presentes de acordo com as situações, podendo dessa forma manter-se o equilíbrio.

Uma rutura numa relação de complementaridade mais rígida, pode levar no decurso de um período de negação por exemplo a tentativa de suicídio.

Apresentaram-se assim, modelos lineares e modelos circulares de comunicação, sendo que nos modelos lineares a eficácia da comunicação depende do emissor, enquanto nos circulares que integram o feedback, esta tem como base o entendimento entre o emissor e recetor.

2.3 – FUNÇÕES DA COMUNICAÇÃO

Encontra-se na literatura consultada diferentes formas, utilizadas por diferentes autores, para se referirem às funções da comunicação, ou às funções da linguagem.

Apresenta-se a abordagem destas, organizada a partir da taxonomia de Bitti e Zani por assumirem claramente que o trabalho e reflexão que apresentam foi desenvolvido no sentido de “pôr em evidência os aspetos dinâmicos do processo comunicativo globalmente considerado, isto é, tendo em atenção todas as suas componentes verbais e não-verbais” (Bitti & Zani, 1997, p. 58).

Ao abordarem as funções da comunicação, Bitti e Zani remetem para a importância de que seja esclarecido que “a linguagem é apenas um dos sistemas de comunicação de que os seres humanos dispõem, apesar de ser o mais conhecido e o mais estudado” (Bitti & Zani, 1997, p. 57). E acrescentam que a análise das funções da comunicação permite pôr no foco das nossas atenções a dinâmica do processo comunicativo.

São ainda importantes, de acordo com os referidos autores, para a compreensão das funções apresentadas os seguintes aspetos:

- Qualquer acontecimento comunicativo pode simultaneamente desempenhar mais do que uma função;
- Uma mais completa compreensão de um acontecimento comunicativo implica frequentemente uma análise plurifuncional;
- A exposição separada das diversas funções acontece apenas para fins analíticos.

Função referencial ou representativa

Também apresentada segundo Monteiro, Caetano, Marques, & Lourenço (2008) por Jakobson como função linguística, a função referencial é considerada a função fundamental ou base da comunicação (Lima, 2010; Monteiro, Caetano, Marques, & Lourenço, 2008; Bitti & Zani, 1997), sendo a função dominante nos atos comunicativos (Sousa, 2006).

Alguns autores atribuem-lhe ainda a designação de informativa ou denotativa.

Afirmar que estamos perante uma troca comunicativa eficaz no plano referencial, evitando falsas interpretações, implica que os interlocutores compartilhem uma mesma estrutura semântica (Bitti & Zani, 1997).

De acordo com Lima (2010), trata-se de uma função que procura dar à linguagem qualidades de objetividade, evitando ambiguidades entre a mensagem e a realidade codificada e tem de acordo com Yerena (2005), o propósito geral de informar.

Função interpessoal ou expressiva

Por mais que se quisesse que assim fosse, uma mensagem verbal não é em qualquer circunstância uma transmissão neutra de informação sobre o mundo

que nos rodeia; inclui também uma comunicação entre quem fala e os seus interlocutores.

Trata-se de um grave erro segundo Danzinger (1976), citado por Bitti & Zani (1997), pensar que as pessoas dizem sempre o que parece que estão a dizer. É importante ter em conta que as frases são representações explícitas do seu conteúdo semântico, mas, ao mesmo tempo, quando são pronunciadas num dado contexto interpessoal, apresentam reivindicações cuja referência é a relação entre os interlocutores. (Bitti & Zani, 1997).

Lima (2010), Monteiro, Caetano, Marques & Lourenço (2008) e Sousa (2006) apresentam a função emotiva ou expressiva como aquela que transmite informações sobre o estado de ânimo do emissor, revelando traços da sua personalidade.

Também descrita como função emotiva, predomina a atitude do emissor, os seus sentimentos e emoções perante o referente.

Função de auto e heterorregulação ou Verificação

De acordo com Bitti & Zani “existe um aspeto da comunicação a que se pode globalmente chamar instrumental, ou de regulação, orientada para a consecução de determinado objetivo” (1997, p. 67).

Para regular o comportamento alheio, temos à nossa disposição muitas possibilidades de nível linguístico assim como uma vasta gama de possibilidades não-verbais.

A regulação não incide apenas no comportamento do outro mas também no seu estado afetivo com piadas, troças, embirrações. (Bitti & Zani, 1997).

Quanto à função auto reguladora, Bitti & Zani fazem referência a um trabalho de Siegman segundo o qual “nós não só codificamos o nosso discurso de modo a regular o comportamento do nosso interlocutor como também regulamos, muitas vezes, o nosso próprio discurso a fim de preservar a impressão que causamos aos outros” (1997, p. 68).

Função de coordenação das sequências interativas

Para haver troca de informações, sejam elas de que tipos forem, é necessário que a interação entre os participantes se inicie e se mantenha, “durante qualquer conversa tanto os aspetos linguísticos como os paralinguísticos

e cinésicos intervêm na regulação das trocas e na definição da alternância das falas“ (Bitti & Zani, 1997, p. 72).

Função de Metacomunicação

O aspeto relacional da comunicação constitui a comunicação sobre a comunicação: é uma metacomunicação, realiza-se quer com expressões verbais quer de modo não-verbal.

Meta comunicar implica assim, para Bitti & Zani, “duas operações distintas embora frequentemente interligadas a) ter a noção de que o próprio comportamento poder ser diferente do dos outros, b) por em evidência os aspetos relacionais próprios da troca comunicativa” (1997, p. 75).

Osório (2006) ilustra este aspeto através de uma pequena história do pai que se queixava à mãe sobre o filho que lhe pedia dinheiro através de um telegrama, escrito da seguinte forma: “Pai, manda-me dinheiro!”. Este era lido pelo pai num tom áspero e autoritário, mas na interpretação da mãe, não alterando as palavras (conteúdo) do telegrama mas sim a entoação da voz (aspeto relacional), passou a significar um pedido doce, suave e humilde de um filho necessitado, correspondendo a algo que está para além da comunicação formal, ou seja, metacomunicação.

Metacomunicação é a segunda significação de uma comunicação, aquilo a que se pode chamar um suplemento de sentido (Cabral, 2001).

Todos os aspetos referidos anteriormente, nomeadamente o que se refere às funções da comunicação, são importantes quando se pretende estudar a comunicação em campos mais específicos como o da saúde ou mesmo da enfermagem.

3 – COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

A abordagem relativa à comunicação ou à comunicação terapêutica implica a compreensão da mesma integrada numa perspetiva mais ampla que é a comunicação em saúde. Trata-se, no entanto, de campos em estreita ligação e de influência mútua.

Pode-se, assim, partir da comunicação como um sustento indispensável que apoia a construção da saúde e facilita o atingir de objetivos, adquirir informação e desenvolver destrezas e habilidades. Desta forma, pode fazer-se da comunicação um meio para gerar mudanças positivas que vão melhorar a saúde e a vida (Avilés, 2000).

Nesta sequência, e reforçando a ideia, afirma o mesmo autor que a comunicação é um acontecimento quotidiano que gera opinião e práticas gerais e particulares em saúde. Refere ainda que esta deve estar adaptada às características do meio, ao desenvolvimento e participação social, mas também à prática científica ou formal e informal ou tradicional, porque as pessoas entendem a saúde como parte da sua vida, da sua identidade, dos seus interesses particulares e coletivos, sustentando assim, a afirmação de que a comunicação tem um papel importante entre os conceitos e as condutas (Avilés, 2000).

A que se refere então a expressão comunicação em saúde?

Comunicação em saúde remete para o estudo e utilização de estratégias de comunicação, para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades com base em conhecimentos, atitudes e práticas no sentido de promoverem a sua saúde (Ramos, 2012; Thomas, 2006 e Teixeira 2004) e ainda a melhoria da comunicação, do acolhimento e da humanização dos cuidados de saúde (Ramos, 2007).

Fournival, Groff & Marquet-Wittig (2012), reforçam a importância da comunicação para uma prestação de cuidados eficazes, adaptados e individualizados, e fazem referência a um estudo desenvolvido por uma equipa canadiana de investigação, publicado em 2011, onde é reforçada a importância da relação-comunicação no desenvolvimento do conceito de comunicação profissional em saúde, atribuindo-lhe duas funções essenciais: a troca de informações e o desenvolvimento de uma relação, especificando que a comunicação profissional em saúde implica a capacidade de trocar informação e

de estabelecer uma relação com o seu interlocutor, utilizando para tal meios verbais e não verbais ou mesmo suportes técnicos.

Hernandez (2011) define comunicação em saúde como o estudo da natureza, alcance e função, assim como os meios pelos quais os tópicos de saúde alcançam e afetam as audiências apropriadas. As áreas de estudo incluem métodos de formulação de mensagens, estratégias de implementação e técnicas de avaliação.

As definições apresentadas são de facto vastas na sua abrangência, permitindo abarcar as diferentes áreas da comunicação, relevantes em saúde, bem como os diferentes níveis de intervenção, de análise e de impacto em que esta poderá situar-se e que são de acordo com Thomas (2006):

- Individual: a mudança em saúde tem como alvo principal o indivíduo, considerando-se que as situações são alteradas pelos comportamentos individuais. Nesta perspetiva, a comunicação em saúde pode influenciar a motivação, os conhecimentos, as atitudes, a autoeficácia e a capacidade de mudança de comportamentos em saúde;

- Rede Social: O impacto na saúde de cada indivíduo pode ter influência das relações individuais e grupais. Programas específicos de comunicação em saúde poderão atuar pela influência do grupo, podendo os líderes de um determinado grupo ser interlocutores privilegiados para campanhas de comunicação e de prevenção;

- Organizações: Inclui geralmente grupos formais com uma estrutura definida, tais como associações, clubes, locais de trabalho, escolas, cuidados de saúde primários, ou seja, aqueles grupos que podem transmitir mensagens de saúde, fornecer apoio e colocar em ação estratégias e mudanças políticas que conduzam à mudança comportamental individual;

- Comunidade: Ao nível das comunidades poderão ser planeadas por instituições como escolas, estruturas de saúde, empresas, grupos comunitários ou departamentos governamentais iniciativas e ações que apoiem estilos de vida e ambientes saudáveis suportados no desenvolvimento de estruturas e políticas promotoras do bem estar e saúde das comunidades;

- Sociedade: A sociedade, no seu conjunto, exerce grande influência no comportamento individual e grupal ao nível de normas e valores, atitudes e opiniões, leis e políticas, ambiente económico, político, cultural e informacional.

Dos muitos papéis que a comunicação em saúde pode assumir destacam-se:

- Aumentar o conhecimento e a consciência de uma questão, problema ou solução de saúde;

- Influenciar perceções, crenças e normas sociais;

- Demonstrar ou ilustrar habilidades/competências;

- Mostrar os benefícios das mudanças de comportamento;

- Aumentar a procura dos serviços de saúde;

- Reforçar conhecimentos, atitudes e comportamentos;

- Refutar mitos e equívocos;

- Ajudar a aglutinar as relações organizacionais;

- Advogar para um problema de saúde ou para um grupo populacional (Thomas, 2006).

Pode assim afirmar-se que a importância da comunicação em saúde advém também do facto de se tratar de um processo com carácter transversal – a várias áreas e contextos de saúde, nos serviços de saúde ou na comunidade; central – na relação técnicos de saúde-utentes estabelecida na prestação de cuidados; e, estratégico – relacionado com a satisfação dos utentes (Teixeira, 2004).

Os diferentes aspetos elencados sustentam a afirmação de que a comunicação é uma componente importante dos cuidados de saúde e pode ser um indicador de qualidade dos mesmos (Ramos, 2007), remetendo para a importância de aprofundar a pertinência da mesma.

3.1 – PERTINÊNCIA DA COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Sendo a comunicação uma área transversal à sociedade, aos diversos acontecimentos de âmbito individual e/ou coletivo, é pois fácil assumirmos desde logo a sua relevância também na área da saúde. Vale a pena, porém, aprofundar um pouco as razões que ditam esta relevância, partindo da afirmação de que

muitos dos desafios enfrentados pela saúde atualmente estão relacionados com questões de comunicação (Ramos, 2012).

A comunicação é uma componente básica dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental, assim como da organização e gestão em saúde e das políticas de saúde, constituindo-se igualmente num bom indicador da qualidade dos cuidados e dos próprios sistemas de saúde (Thomas 2006; Ramos, 2012).

O Institute for Healthcare Communication (2011), faz referência a dados de investigação que indicam que há fortes relações positivas entre a capacidade de comunicação de um membro da equipa de saúde e a capacidade do utente seguir as recomendações médicas e adotar comportamentos preventivos em saúde.

São igualmente diversos os estudos que evidenciam os benefícios de uma boa comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, que se traduzem numa melhoria do estado geral de saúde do doente, numa melhor capacidade de adaptação aos tratamentos e na recuperação mais rápida.

Nesta sequência, as conclusões obtidas permitem afirmar que fornecer informação aos doentes e comunicar com eles, satisfaz necessidades a vários níveis nomeadamente ao nível médico-legal, permitindo o consentimento informado; ao nível psicológico, ajudando a lidar com a doença, a preservar a dignidade e o respeito, a promover a satisfação e o sentimento de segurança, bem como a aceitação dos procedimentos terapêuticos e a responsabilidade do utente; ao nível médico-institucional, reduzindo o número de dias de internamento e facilitando a recuperação entre outros (Ramos, 2012; Ramos, 2008).

Perante os aspetos referidos e considerando o impacto que estes podem ter na saúde das pessoas e das comunidades, é importante ter em conta que se “colocam pois, novos/velhos problemas à capacidade de resposta do sistema de saúde, nomeadamente os que respeitam: i) a uma desigual distribuição dos recursos humanos, que penaliza as áreas rurais e as áreas mais pobres; ii) à existência de barreiras ao acesso à medicina familiar e a cuidados de saúde básicos e iii) à provisão limitada de cuidados de saúde domiciliários e continuados a idosos, deficientes e doentes crónicos” (Observatório Português do Sistema de Saúde (OPSS) 2001, p.13).

A importância da comunicação em saúde aparece muitas vezes ligada à educação para a saúde, no entanto, esta estende-se a um universo muito mais amplo.

A comunicação é um tema transversal em saúde, com relevância em diferentes contextos como a relação entre os profissionais de saúde e entre estes e os utentes e na formação dos profissionais, refletindo-se na qualidade dos cuidados de saúde e, desta forma, na satisfação das pessoas (Teixeira, 2004).

Refere Aguerrebere que na maior parte dos livros dedicados à comunicação em saúde é afirmado que um dos momentos mais importantes no atendimento hospitalar é a relação comunicativa que se estabelece entre o profissional de saúde e o utente, sendo que a comunicação que se estabelece entre ambos se converte numa ferramenta primordial (Aguerrebere, 2011).

Para que tal seja possível, a comunicação deverá ser entendida como um dos pilares da prática em saúde, fundamental para a participação dos diferentes intervenientes, cuidadores ou populações, que assim se tornam pró-ativos na sua própria saúde.

A consideração pela pessoa doente, a expectativa sobre o seu papel bem como o lugar ocupado por esta no contexto da saúde, paralelamente com os conceitos de saúde/doença, cuidados de saúde/ cuidados de enfermagem, têm evoluído ao longo do tempo, no entanto, continuam a existir dificuldades comunicacionais.

As dificuldades de comunicação entre técnicos e utentes centram-se, de acordo com Teixeira (2004, p. 617), nos seguintes aspetos:

- “Transmissão de informação pelos técnicos de saúde;
- Atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação;
- Comunicação afetiva dos técnicos de saúde;
- Literacia de saúde dos utentes”.

Quanto à transmissão de informação pelos técnicos de saúde os principais problemas podem ocorrer por:

- Informação insuficiente ou imprecisa relacionada com comportamentos de saúde (por exemplo regimes alimentares), ou com a natureza da doença, exames complementares e tratamentos;

- Informação excessivamente técnica sobre aspetos relacionados com a doença ou com exames complementares;
- Escassez de tempo dedicado à informação em consultas e intervenções (Teixeira, 2004).

Quanto às atitudes dos técnicos de saúde e dos utentes em relação à comunicação, é importante ter em conta que os técnicos encorajam pouco os utentes a fazer perguntas e, por vezes, não conhecem a perspetiva ou as expectativas dos utentes. Não incentivam os utentes a ser proactivos, induzindo por vezes atitudes passivas que os mesmos adotam tornando-se dependentes. O contexto onde ocorrem as interações é dominado pelo modelo biomédico e pelo modelo autoritário (Teixeira, 2004).

Os problemas de comunicação referentes à comunicação afetiva dos técnicos de saúde remetem para as situações em que ocorre distanciamento afetivo que se manifesta, por exemplo, em evitar temas difíceis, desinteresse pelas preocupações do utente em relação ao futuro, dificuldade dos técnicos em se constituírem como fonte de apoio emocional e segurança (Teixeira, 2004).

A baixa literacia de saúde dos utentes remete para a dificuldade que estes apresentam em compreender o seu estado de saúde e os diferentes aspetos relacionados com planos de tratamento e mudanças necessárias. Pode estar relacionado com a literacia geral baixa (Teixeira, 2004).

Os problemas de comunicação entre os técnicos de saúde e os utentes podem ter consequências diversas, tais como:

- Insatisfação dos utentes com a qualidade dos cuidados (Thomas, 2006; Teixeira, 2004);
- Erros de avaliação por haver focalização no primeiro problema apresentado, que nem sempre é o mais importante, e não se identificarem ou valorizarem queixas relacionadas com crises pessoais, dificuldades de adaptação e/ou psicopatologia (Teixeira, 2004);
- Comportamentos de adesão mais insatisfatórios (Santos, Grilo, Andrade, Guimarães & Gomes, 2010; Teixeira, 2004);
- Mais dificuldade no processo de adaptação à doença (Teixeira, 2004);
- Comportamento inadequado de procura de cuidados (por excesso, recorrência ou procura alternativa) (Teixeira, 2004);

- Erros no processo de estabelecimento de diagnóstico que inclui a recolha de informação, a integração da informação obtida e a verificação do diagnóstico. Sobretudo a recolha de informação e a verificação do diagnóstico dependem da qualidade da comunicação (Santos, Grilo , Andrade , Guimarães , & Gomes, 2010).

Os problemas relacionados com o estabelecimento do diagnóstico colocam-se para o diagnóstico médico e, também, para o diagnóstico de enfermagem. É assim fundamental que a recolha de informação se constitua numa oportunidade para a pessoa se expressar abertamente. A informação recolhida deverá incluir as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas aumentando assim a possibilidade de serem realizados diagnósticos corretos que conduzirão a intervenções mais adequadas.

A comunicação pode, desta forma, ser considerada uma poderosa ferramenta terapêutica numa instituição de saúde. Cabe aos profissionais, nomeadamente aos enfermeiros, o uso de estratégias que reduzam ao mínimo os problemas daí decorrentes.

Apesar do objetivo não ser aprofundar as questões da multiculturalidade, não se pode ignorar a sua importância quando se fala de comunicação em saúde, uma vez que em todos os contextos, mas não menos importante em contexto intercultural, a área da comunicação em saúde inscreve-se numa perspetiva multidimensional, multi/interdisciplinar e interativa com vista a uma melhor compreensão, informação e intervenção face às novas problemáticas que se têm vindo a registar na sociedade e em particular no campo da saúde e da comunicação (Ramos, 2012).

A comunicação no domínio da saúde é da maior importância na formação, pesquisa e intervenção, o que exige o desenvolvimento de competências, especificamente competências comunicacionais.

Este aspeto é ainda mais importante ao saber-se que muitos doentes relatam que não estão satisfeitos com a qualidade das suas interações com os profissionais de cuidados de saúde, e que isto significa a existência de lacunas na comunicação entre o paciente e os profissionais de saúde (Thomas, 2006).

Torna-se mais relevante ainda “a avaliação que os utentes fazem da qualidade dos cuidados de saúde prestados pelos técnicos, pois em grande parte

esta é feita a partir da avaliação que fizeram das competências comunicacionais dos técnicos de saúde com os quais interagiram” (Teixeira, 2004, p. 616).

No contexto da comunicação em saúde é hoje fundamental falar da utilização de recursos tecnológicos e de meios de comunicação.

O acesso e procura de informação, por parte dos cidadãos, faz-se em grande parte através da utilização das tecnologias de informação e comunicação. Os média têm atualmente na área da saúde um papel relevante. Através deles é possível transmitir de forma alargada informações que se pretende fazer chegar às pessoas.

A internet é também um recurso para a informação e educação para a saúde de acordo com o PNS 2012-2016 (Direção Geral da Saúde, 2012). Este mesmo plano inclui na visão para 2016 o acesso ao registo de saúde eletrónico, prevendo-se assim que o cidadão deva aceder de forma eletrónica ao seu registo de saúde onde se encontra reunida a informação relevante.

São considerados recursos para o reforço da cidadania em saúde a utilização, entre outros, de portais, linhas telefónicas e *sites* institucionais para aconselhamento e orientação dos cidadãos (Direção Geral da Saúde, 2012). São exemplos importantes da utilização destes recursos, o Portal da Saúde que inclui, entre outras, informações sobre temas relacionados com a saúde e acesso a serviços, linhas de atendimento, por exemplo, linha Saúde 24, SOS Criança.

As questões relacionadas com a comunicação em saúde remetem assim, para um campo mais vasto que exige de todos os intervenientes envolvimento e participação. A competência exigida aos profissionais em matéria de comunicação exige, agora também, um maior conhecimento e domínio das tecnologias de informação e comunicação, para que seja garantido o bom funcionamento do sistema e, em momento algum seja posta em causa a segurança dos cidadãos.

Melhorar a comunicação em saúde é simultaneamente uma responsabilidade de todos e um imperativo ético para os técnicos de saúde (Teixeira, 2004). De entre os técnicos de saúde envolvidos, destacam-se os enfermeiros cujo contributo para a saúde global das pessoas e das populações é inquestionável, e, para quem o uso adequado de estratégias de comunicação toma um significado especial enquanto elemento fundamental dos cuidados de enfermagem, remetendo para a importância da comunicação em enfermagem.

4 – COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM

A comunicação, podendo ser abordada em diferentes perspectivas, é assumida por diferentes autores e por um número expressivo de enfermeiros como um instrumento básico de enfermagem. Considerando que básico significa, neste contexto, principal, que está na base do exercício profissional dos enfermeiros, então, assumidamente a comunicação é algo que interfere diretamente no sucesso dos cuidados prestados.

Como afirmam Bertone, Ribeiro & Guimarães (2007), a comunicação deve fazer parte do exercício profissional dos enfermeiros, para que estes possam garantir o êxito dos procedimentos técnicos e da convivência que competem para uma melhor qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Desta forma, a comunicação apresenta-se como um elo entre o cliente e o enfermeiro, um elemento indispensável à qualidade das relações, na identificação do processo saúde doença e na realização do cuidado (Oliveira & Werlang, 2006).

De acordo com Stuart & Laraia (2006), a comunicação é básica na prática de enfermagem porque:

- é o veículo usado para estabelecer uma relação terapêutica;
- é o meio através do qual as pessoas influenciam o comportamento de outras;
- é a relação em si mesma, porque sem ela é impossível uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente.

A importância referida é atual e ilustrada por diversos estudos, nomeadamente por Santos (2000) que no seu estudo considerou a comunicação enfermeiro/doente como fator facilitador da recuperação do doente, e Bertone, Ribeiro, & Guimarães, (2007) que concluíram, baseando-se no seu estudo sobre “a relação interpessoal enfermeiro/doente”, que a comunicação é essencial para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal adequado entre o enfermeiro e o doente.

Por sua vez Phaneuf (2005) reforça ainda a importância fulcral da comunicação, ao afirmar que a comunicação, mais do que uma escolha do enfermeiro, é uma condição “sine qua non” da qualidade dos cuidados, acrescentando também que a comunicação “constitui a principal ferramenta

terapêutica de que dispõe a enfermeira uma vez que ela lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a concepção do mundo que entrava ou ao contrário motiva os seus esforços para se preservar da doença ou para se tomar a cargo e conformar-se com o tratamento” (Phaneuf, 2005, p. 17).

Os autores supracitados remetem diretamente para a importância da comunicação nos cuidados de enfermagem, pois só esta permitirá aceder à individualidade da pessoa e, dessa forma, responder às suas verdadeiras necessidades, através da seleção de ações pensadas e refletidas, portanto intencionais, planeadas com base na realidade individual de cada pessoa.

Na atualidade, as teorias e modelos de enfermagem servem de base ao cuidar, e são elas que tornam possível a utilização de uma metodologia científica de trabalho, fornecendo a sistematização e a objetividade necessária para levar a cabo a atividade profissional de cuidar (Canut, 2004).

Partindo da afirmação anterior, e sabendo que a importância da comunicação para os cuidados de enfermagem está presente também nas teorias e modelos de enfermagem que descrevem, explicam e predizem como os cuidados de enfermagem são suscetíveis de afetar o indivíduo (Bishop, 2004; Canut, 2004), apresentam-se, a seguir, exemplos de filosofias, modelos conceptuais e grandes teorias e teorias de médio alcance (Tomey & Alligood, 2004), dando ênfase à forma como integram a comunicação.

4.1 – A COMUNICAÇÃO – UMA REFERÊNCIA NO PERCURSO TEÓRICO DA ENFERMAGEM

Os trabalhos teóricos de enfermagem podem ser considerados filosofias, modelos conceptuais, grandes teorias, teorias de médio alcance e teorias de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

De acordo com as autoras referidas, “as filosofias de enfermagem representam os trabalhos iniciais que precedem a era da teoria e os trabalhos posteriores de natureza filosófica” (Tomey & Alligood, 2004, p. 71). As mesmas autoras acrescentam que a teoria pode ser formalizada a partir destas filosofias.

Assim, tendo por base a organização apresentada por Tomey e Alligood, (2004) e iniciando pelas filosofias de enfermagem de que é exemplo a obra de Nightingale, apresenta-se este exercício teórico de identificar a presença da

comunicação e ou da comunicação terapêutica nos referenciais teóricos de enfermagem.

Em Florence Nightingale

É no século XIX, com Florence Nightingale (1851), que se inicia a profissionalização da Enfermagem e, com esta, o surgimento dos primeiros pressupostos teóricos orientadores da mesma. A história da enfermagem profissional começa, assim, depois do serviço de organização e cuidado aos feridos em Scutari, e com a criação de uma escola de enfermagem no Hospital de St. Thomas em Londres, que marcou o nascimento da enfermagem moderna (Alligood & Tomey, 2011).

Considera-se desta forma que falar da enfermagem do século XXI, perceber a enfermagem dos nossos dias, nos remete para Florence Nightingale, considerada fundadora da enfermagem moderna. Esta é referenciada na obra *Cem mulheres que mudaram a história do mundo*, onde é considerada para além de fundadora da enfermagem moderna, uma enfermeira inovadora e empreendedora de reformas hospitalares.

Nightingale provavelmente não teria descrito o seu trabalho como teórico, mas hoje ele é reconhecido como um esforço académico que continua a dar credibilidade às ideias básicas relacionadas com a teoria de enfermagem (Butts & Rich, 2011). A teoria de Nightingale centrou-se no ambiente, embora ela nunca tivesse utilizado o termo ambiente nos seus escritos; definiu e descreveu com detalhe os conceitos de ventilação, temperatura, iluminação, dieta, higiene e ruído elementos, que acabaram por ser considerados como ambiente na discussão da sua obra (Alligood & Tomey, 2011). Acreditava que os ambientes saudáveis eram necessários para aplicar cuidados de enfermagem adequados.

Hoje, como há 150 anos, são considerados indispensáveis para um ambiente saudável os cinco elementos referidos no seu trabalho teórico: ar puro, água potável, eliminação de águas residuais, higiene e luz. O desenvolvimento da teoria de enfermagem de Nightingale foi influenciado por fatores individuais, sociais e profissionais que combinou com vista a produzir mudança (Tomey & Alligood, 2004).

Florence Nightingale acreditava que as enfermeiras necessitavam de educação formal, tanto na dimensão teórica como no campo da prática, devendo ser preparadas para tratar os doentes e não as doenças.

Voltar hoje a Florence Nightingale, ou melhor ao seu legado escrito, permite verificar a sua atualidade, também de acordo com Couto, no prefácio da obra que o mesmo traduziu, *Notas sobre enfermagem*, em que afirma “que a necessidade fundamental do doente e dos princípios do bem cuidar, são os mesmos agora, tal como foram observados por Nightingale há quase cento e cinquenta anos” (Couto, 2005, p. 7).

É de facto interessante a referência de que as afirmações e sugestões apresentadas por Nightingale derivavam de observações sistemáticas e de registos estatísticos extraídos da sua experiência prática no atendimento diário a doentes e nos modos de promover e conservar a saúde (Oliveira, Paula & Freitas, 2007; Nightingale, 2005).

Florence Nightingale inclui nos seus escritos, com maior ou menor explicitação, as diversas dimensões da enfermagem, sendo que a preocupação com a pessoa doente está presente na forma como frequentemente adverte para a importância de que o doente soubesse pelo que podia esperar, o que lhe iria acontecer, e que refletem o interesse e preocupação pelo estado emocional deste (Nightingale, 2005).

A comunicação, área a que é hoje, como se tem vindo a referir, atribuída grande importância, foi também identificada como fundamental e tida em conta por Nightingale.

A obra *Notas Sobre Enfermagem* apresenta uma abordagem da própria enfermagem que inclui tanto direta como indiretamente a comunicação, desde logo ao afirmar que, por falta de uma comunicação adequada, os cuidados são menos eficazes ou mesmo ineficazes. Esta afirmação é expressão clara do que hoje se sabe e teoricamente todos somos capazes de afirmar, mas a que a prática nem sempre dá visibilidade.

Florence Nightingale faz também alusões muito diretas a esta realidade ao afirmar que “apreensão, incerteza, espera, expectativa, medo de surpresa prejudicam mais o doente do que qualquer esforço físico” e ainda “diga sempre ao

doente, antes de o deixar, a hora a que vai sair e quando vai voltar, quer a sua ausência seja por um dia, uma hora ou dez minutos” (Nightingale, 2005, p. 59).

É de salientar o rigor utilizado por Nightingale na descrição de como o enfermeiro deve proceder quando se ausenta, sobretudo se tivermos em conta, como afirmado antes, que as suas conclusões e sugestões tinham base sólida. Hoje provavelmente dir-se-ia que tinham rigor científico e apresentam a transversalidade dos aspetos comunicativos. Em relação a este aspeto, ela concretiza referindo, se tem mesmo de se ausentar, faça-o mas diga-o sinceramente ao doente porque se sair sem o seu conhecimento e ele o descobrir, “nunca mais se sentirá seguro de que as coisas que dependem de si serão realmente feitas enquanto estiver ausente e nove em cada dez casos, ele estará certo” (Nightingale, 2005).

É possível através destes excertos verificar como as preocupações de Nightingale iam muito para além do imediato. É possível identificar aqui a preocupação com o estabelecimento de uma relação que seja de confiança, que permita ao doente sentir-se seguro, respeitado e confiante, e com esta atitude do enfermeiro garantir um maior sucesso no processo terapêutico.

A minúcia da autora na atenção e integração destes aspetos permite encontrar referências à comunicação verbal e não-verbal como forma de tornar o cuidado de enfermagem mais eficaz, presente em afirmações como “sussurros no quarto são uma crueldade absoluta, pois é impossível que a atenção do doente não seja involuntariamente forçada a ouvir” (Nightingale, 2005, p. 67).

Um aspeto simultaneamente surpreendente e interessante é o facto de Nightingale fazer referência, chamando-lhe descuido, ao facto de não haver o devido cuidado quanto às conversas que ocorrem à porta do quarto do doente mas que este pode ouvir. Chama a isto “crueldade não intencional”, e utiliza assim o termo hoje apresentado por alguns autores para fazerem referência à comunicação terapêutica, atribuindo importância à intencionalidade. São abundantes as expressões que utiliza para ilustrar o que se deve ou não fazer, o que resulta e o que não resulta, em matéria de comunicação verbal e não-verbal. Por exemplo, “o passo firme, sem pressa, a mão segura e calma, é o que se deseja; não um andar vagaroso, hesitante, arrastado, um toque tímido e pouco firme. Lentidão não é gentileza, se bem que seja muitas vezes com ela

confundida; rapidez, firmeza e gentileza são perfeitamente compatíveis” (Nightingale, 2005, p. 67).

Estarão hoje garantidos de forma consciente, nos cuidados de enfermagem, estes aspetos identificados de forma tão clara e objetiva por Nightingale?

“Como visitar um doente sem o prejudicar” é um título que remete simultaneamente para a minúcia e abrangência das preocupações de Nightingale e que podem ser ilustradas por afirmações como “sente-se sempre onde o doente possa vê-lo, as pessoas olham involuntariamente para quem está a falar”, ou ainda, “se se mantiver de pé por muito tempo, obriga-o a levantar continuamente os olhos para olhar para si”(Nightingale, 2005, p. 71).

Todos estes anos depois é possível, em relação aos princípios apresentados por Nightingale, reiterar a sua importância, uma vez que autores como Chalifour, Phaneuf, Lazure, entre outros, fazem referência a esses mesmos aspetos, apresentando alguns deles como técnicas de comunicação ou de comunicação terapêutica.

Os excertos que se apresentam são apenas exemplos de como a importância da comunicação é descrita pela fundadora da enfermagem moderna. É assim, possível identificar, mesmo utilizando para tal os referenciais teóricos mais recentes, não apenas a importância da integração da comunicação nos cuidados de enfermagem como também a utilização terapêutica da mesma e o seu impacto na recuperação e qualidade de vida dos doentes.

Em Nancy Roper, Winifred Logan e Alison J. Tierney

Modelos conceptuais e grandes teorias são, de acordo com Tomey e Alligood (2004), o grupo em que se insere o trabalho de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison J. Tierney.

Nesta perspetiva, os modelos conceptuais são estruturas ou paradigmas que fornecem um amplo quadro de referência, e as grandes teorias são quase tão alargadas quanto o modelo de enfermagem de que provêm e são consideradas teorias porque propõem realmente algo de verdadeiro ou testável (Tomey & Alligood, 2004).

Sendo diversos os modelos incluídos neste grupo, optou-se pelo modelo de Roper, Logan & Tierney, por ser relativamente recente, sendo que a sua 1ª

edição surgiu em 1980, a 4ª edição em 1996 e a monografia, última obra das autoras, em 2000, e também por se tratar de um modelo teórico muito utilizado pelos enfermeiros em diferentes contextos de prestação de cuidados e de âmbito acadêmico que pode ser usado por enfermeiras de qualquer especialidade (Tomey & Alligood, 2004).

De realçar a visão e abertura que as autoras demonstram no prefácio da monografia, ao escreverem que “a aplicação do modelo é deixada agora aos seus utilizadores e, tal como sublinhámos repetidamente, não quereríamos que este ou qualquer outro modelo se cristalizasse, esperando que continue a haver uma utilização criativa e um futuro desenvolvimento para o nosso” (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

As autoras supracitadas apresentam um modelo de enfermagem baseado num modelo de vida, segundo elas porque “o conceito de enfermagem baseado num Modelo de Vida capta o essencial desta profissão. Sejam quais forem os seus motivos e estejam elas onde estiverem, é indiscutível que as pessoas que necessitam da componente enfermagem do serviço de saúde têm de continuar a viver” (Roper, Logan, & Tierney, 2001, p. 85).

A compreensão e aplicação prática do modelo deve partir da premissa de que a pessoa que procura os cuidados de enfermagem está no centro do modelo e, desta forma, os cuidados serão executados de acordo com as circunstâncias individuais da pessoa e não impostos pelos enfermeiros (Roper, Logan, & Tierney, 2001). Esta afirmação encerra em si a necessidade e importância de que os cuidados de enfermagem sejam individualizados, respondam às verdadeiras necessidades de cada pessoa o que exige aceder a esta mesma individualidade, e isto só se torna possível através de uma comunicação adequada e eficaz.

São pressupostos básicos do modelo, entre outros:

- A vida pode ser descrita como uma amálgama de atividades de vida;
- A forma como são executadas as atividades de vida por cada pessoa contribui para a individualidade de vida;
- Apesar de ser valorizada a independência, a dependência nas atividades de vida não deverá diminuir a dignidade;

- Num contexto de cuidados, enfermeiros e utentes estabelecem relação profissional, não esquecendo que, salvo em situações especiais, este é autónomo e capaz de tomar decisões;
- Os enfermeiros fazem parte de uma equipa multidisciplinar que coopera para benefício do doente e da comunidade; (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Um componente fundamental do modelo de enfermagem, aliás como acontece no modelo de vida que o suporta, são as Atividades de Vida. Estas são 12 e os nomes foram selecionados na tentativa de realçar de forma consciente a sua natureza ativa e a sua abrangência (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Salientam-se, das 12 atividades de vida apresentadas e que integram simultaneamente o modelo de vida e o modelo de enfermagem, a atividade de vida comunicar porque, como referido e como sustentam as autoras, “faz parte integrante de todos os relacionamentos humanos e de todo o comportamento humano. Toda a informação sobre as atividades de vida é dada ou recebida através de uma ou outra modalidade de comunicação” (Roper, Logan, & Tierney, 2001, p. 32) afirmação que a torna transversal também à aplicação deste modelo de enfermagem.

Na verdade, todas as atividades de vida se encontram intimamente relacionadas, e a forma diferente como cada pessoa as realiza influencia a individualidade de vida, que deve permanecer na mente do enfermeiro, durante as quatro fases do Processo de enfermagem que vai permitir alcançar a enfermagem individualizada (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Apresentaram-se apenas dois dos cinco componentes do modelo. No entanto, é fundamental reforçar que, apesar de serem apresentados e discutidos separadamente, não estão isolados e a individualidade é determinada pela sua interação (Roper, Logan, & Tierney, 2001).

Considera-se clara, neste momento, a importância da comunicação para cada pessoa como atividade de vida em si e também essencial ao desenvolvimento de outras atividades de vida, e, para o enfermeiro cuidador, essencial para aceder à individualidade de cada pessoa e como instrumento que lhe permitirá a concretização de uma enfermagem individualizada.

Em Hildegard Peplau

É no grupo teorias e teorias de médio alcance que se integra, de acordo com Tomey e Alligood (2004), o trabalho desenvolvido por Hildegard Peplau.

A teoria de médio alcance “tem um foco de interesse mais limitado do que a teoria e determina coisas como a situação ou o estado de saúde, a população de doentes ou a sua faixa etária, o estabelecimento ou a área de prática e a atuação da enfermeira ou a intervenção” (Tomey & Alligood, 2004, p. 8).

São amplamente reconhecidos os contributos de Hildegard Peplau para a enfermagem em geral e para a profissionalização desta, no entanto Peplau foi considerada a mãe da enfermagem psiquiátrica (Tomey & Alligood, 2004). Descreveu o primeiro marco teórico para a enfermagem psiquiátrica e também as habilidades, atividades e funções específicas dos enfermeiros em psiquiatria (Stuart & Laraia, 2006).

Foi uma das primeiras teóricas a descrever a enfermagem como um processo interpessoal terapêutico e significativo (Oliveira, Paula, & Freitas, 2007 e Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005), no seu livro *Interpersonal Relations in Nursing*, ela reuniu algumas teorias interpessoais da psiquiatria e fundiu-as com teorias da enfermagem e da comunicação (Neeb, 2000).

Considerada pioneira na sua área, introduziu o conceito de advanced practice nursing (Tomey & Alligood, 2004), hoje tão atual.

À medida que os enfermeiros se iam envolvendo em atividades em que sobressaia a relação enfermeiro doente e a natureza do seu processo terapêutico, foram surgindo perguntas como “o que é uma relação terapêutica?” ou “o que é uma relação entre pessoal de enfermagem e paciente?”, tendo a análise destas questões sido dirigida por Peplau, uma enfermeira cujas ideias e crenças modelaram a enfermagem psiquiátrica (Stuart & Laraia, 2006).

Pode considerar-se, no entanto, que o contributo mais importante para a enfermagem em geral e para a especialidade de enfermagem psiquiátrica foi o desenvolvimento da teoria das relações interpessoais, centrada na relação entre o enfermeiro e o cliente (Tomey & Alligood, 2004). A enfermagem pode, assim, ser encarada como um processo interpessoal, uma vez que envolve a interação entre dois ou mais indivíduos.

Hildegard Peplau pretende assim identificar conceitos e princípios que deem suporte às relações interpessoais que se processam na prática da enfermagem, e desse modo transformar as situações de cuidado em experiências de aprendizagem e crescimento pessoal (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Peplau apresenta desde logo um vasto campo de intervenção para o enfermeiro, propondo que este seja:

- 1- Pessoa de recurso – fornece informação;
- 2- Conselheiro – ajuda os doentes a explorar os seus pensamentos e sentimentos;
- 3- Substituto – ajuda o doente a analisar e identificar sentimentos do passado;
- 4- Apoio técnico – coordena serviços profissionais (Peplau 1952, citada por Neeb, 2000).

É fundamental ter em conta que, a partir do seu trabalho, o processo interpessoal passou a fazer parte de forma consciente e efetiva do ensino e da prática de enfermagem (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

O atrás descrito permite constatar a importância da comunicação na teoria da Peplau, o que é reforçado com a afirmação de que o papel da enfermeira psiquiátrica foi evoluindo para um papel onde sobressai a competência clínica baseada em técnicas interpessoais e no processo de enfermagem (Stuart & Laraia, 2006).

Phaneuf descreve alguns fatores influenciados em princípios de Peplau e que fundamentam a importância do aprofundamento da comunicação e da relação de ajuda para o enfermeiro. Entre esses princípios destacam-se:

- com um pouco de atenção e de observação a maior parte das coisas importantes que afetam uma pessoa podem ser estudadas, explicadas, compreendidas;
- cada um dos contactos da enfermeira com a pessoa cuidada contém possibilidades de compreensão das suas necessidades e dificuldades, tal como possibilidades de intervir para a apoiar, para lhe manifestar compreensão e ajudar a retomar coragem e se possível a reencontrar o controle da sua vida;
- para trabalhar com eficácia junto da pessoa, a enfermeira deve recolher informações a fim de poder planificar cuidados adequados e poder ajudá-la;

- a presença, a escuta e a palavra da enfermeira, fazem parte integrante dos cuidados de enfermagem (Phaneuf, 2005).

A teoria de Peplau centra-se, como se tem vindo a referir, no relacionamento interpessoal, em que, através da relação de confiança com o paciente, o enfermeiro o ajuda a identificar os problemas e a encontrar as soluções.

Peplau considera fundamental o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e o doente (Neeb 2000), sendo que o conceito central na teoria de Peplau foram as fases da relação enfermeiro cliente: pré-orientação, orientação, trabalho e resolução (Butts & Rich, 2011).

Inovadora na abordagem que fez, centrou a discussão em processos que continuam hoje a ser centrais e por vezes difíceis de definir.

A interação e a comunicação interpessoal presente nos papéis que atribuiu ao enfermeiro, é reforçada na afirmação de que o processo interpessoal, tal como hoje se defende, deve integrar de forma consciente o ensino e a prática de enfermagem.

A integração da dimensão interpessoal efetiva-se no estabelecimento de uma relação terapêutica que, como referido anteriormente, pode ocorrer em diversas fases, cuja descrição se apresenta a seguir.

Na fase de pré orientação ou preparação, o enfermeiro procede à recolha de informações sobre o utente (Butts & Rich, 2011).

A fase de orientação é descrita por Neeb (2000), como aquela em que o utente sente necessidade e procura ajuda, e, inclui segundo Butts & Rich (2011) as subfases: introdução e contrato. Na introdução enfermeiro e utente familiarizam-se, dá-se início a uma relação de confiança, utilizam-se perguntas para clarificar os problemas, enfermeiro e utente partilham necessidades expetativas e limitações (Butts & Rich, 2011).

Na subfase contrato estabelecem-se os critérios de resultados e é formulado o plano de cuidados, os tempos para as interações são clarificados e acordados.

Na fase de trabalho, consideram-se duas subfases: identificação e exploração (Butts & Rich, 2011).

Na identificação o enfermeiro é conselheiro e advogado, os problemas específicos são descritos, são identificados os problemas que requerem atenção imediata, nos quais o utente trabalha ativamente para a sua mudança (Butts & Rich, 2011). De acordo com Neeb (2000), é nesta fase que são identificadas as expectativas quanto à relação enfermeiro utente.

Na exploração o enfermeiro atua como professor, advogado e pessoa de recurso, o utente assume novos comportamentos e tenta optar por ambientes seguros, identifica e utiliza recursos disponíveis (Butts & Rich, 2011).

A fase de resolução é uma fase importante em que progressivamente o utente revela crescimento pessoal e capacidade de autorresponsabilização (Neeb, 2000). Nesta, é reduzido o tempo de interação enfermeiro utente e este funciona mais independentemente, estabelece-se um mútuo acordo sobre a resolução dos problemas, as necessidades são atendidas e a resolução de problemas é resumida sendo dadas as instruções quanto ao acompanhamento (Butts & Rich, 2011).

Assumidas por Peplau como fases da relação terapêutica, são apresentadas por Chalifour (2008), as fases de orientação, trabalho e conclusão no que se refere à relação de ajuda profissional.

Assim, verifica-se não apenas a atualidade de que se revestem os aspetos referidos, mas também a importância de uma comunicação adequada e intencional para a sua operacionalização.

4.2 – A COMUNICAÇÃO EM CLASSIFICAÇÕES UTILIZADAS PELOS ENFERMEIROS

Nas últimas décadas do século XX, a enfermagem desenvolveu esforços na criação de taxonomias e sistemas de classificação que traduzam numa linguagem universal a atividade própria do cuidar. As classificações permitem, assim, delimitar a entrada e garantir o contributo único e exclusivo da enfermagem dentro das ciências da saúde (Canut, 2004).

A importância da comunicação para a prática de enfermagem revela-se também pela sua presença expressiva em classificações utilizadas por enfermeiros.

Para ilustrar o anteriormente referido, selecionaram-se três classificações: a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), a classificação dos resultados de enfermagem (NOC) e a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0).

A assunção de que a comunicação é atividade de vida, parte integrante do comportamento humano, condição essencial à vida humana e mesmo instrumento básico de enfermagem, torna desde logo expectável a sua presença nestas classificações. Neste exercício teórico, procura-se não apenas a sua presença, que à partida se adivinha, mas a explicitação da sua presença.

Assim, a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), está organizada em 7 domínios, 30 classes e intervenções definidas por atividades, cuja descrição nos remete para utilizações diferentes da comunicação, conforme se apresenta no quadro seguinte.

Quadro nº 2 – NIC – Domínios / Classes / Intervenções - Comunicação

Domínios	Classes	Intervenções/Comunicação
1. Fisiológico básico	6 classes	Domínios e classes onde é menos explícita a importância da comunicação. Há no entanto, pontualmente, referência a intervenções de <u>ensino</u> e ao <u>toque terapêutico</u> que implicam a mobilização da comunicação e da comunicação terapêutica.
2. Fisiológico complexo	8 classes	
3. Comportamental	<ul style="list-style-type: none"> - Terapia comportamental - Terapia cognitiva - Melhoria da comunicação - Assistência no enfrentamento - Educação do paciente - Promoção do conforto psicológico 	As classes apresentadas remetem diretamente para intervenções no âmbito do comportamento, <u>comunicação verbal e não-verbal</u> , <u>ensino e aprendizagem</u> , <u>técnicas para apoio psicológico</u> , <u>apoio</u> e <u>aconselhamento</u> , ou seja, obrigatoriamente para a utilização de estratégias adequadas de comunicação e de comunicação terapêutica.
4. Segurança	<ul style="list-style-type: none"> - Controle de crises (psicológicas e fisiológicas) - Controle de riscos 	A inclusão neste domínio do controle de crises psicológicas remete para a necessidade de intervenções de <u>apoio</u> e <u>ajuda</u> , só possíveis através de uma comunicação adequada e eficaz.

5. Família	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados no período de gestação e nascimento de filhos - Cuidados na criação de filhos - Cuidados no ciclo de vida 	Tomam expressão neste domínio as intervenções de <u>apoio</u> na preparação do nascimento e para as mudanças psicológicas e fisiológicas que vão ocorrendo. Reforça-se nesta fase da vida da mulher/casal a importância de uma comunicação especialmente atenta às dimensões afetiva e informativa da mesma.
6. Sistema de saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Mediação com o sistema de saúde - Controle do sistema de saúde - Controle das informações 	Evidenciam-se intervenções que controlem <u>informação</u> referente ao sistema de saúde facilitando a <u>comunicação sobre os cuidados de saúde</u> , o que só será garantido se a comunicação for intencionalmente considerada.
7. Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção da saúde comunitária - Controle de riscos comunitários 	Incluem-se neste domínio intervenções no âmbito da <u>promoção da saúde e prevenção de riscos</u> , o que vai implicar uma atenção muito especial às pessoa e comunidades, que permita intervir com conhecimento da realidade concreta, dando resposta às suas verdadeiras necessidades.

Fonte: Domínios, Classes e Intervenções (McCloskey & Bulechek, 2004)

O quadro nº 2 permite concluir que a comunicação e a comunicação terapêutica se encontram, explícita ou implicitamente, na classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Apesar da sua presença nas diferentes dimensões da classificação, é na descrição das atividades definidoras para cada intervenção que a comunicação e/ou a comunicação terapêutica assumem maior expressão.

A Classificação dos resultados de enfermagem (NOC), está organizada em 7 domínios e 29 classes. São igualmente apresentados os resultados e os indicadores para cada resultado.

Apresenta-se, no quadro nº 3, uma síntese de alguns aspetos que permitem constatar a presença, explícita e implícita, da comunicação nesta classificação.

Quadro nº 3 – NOC – Domínios / Classes / Resultados - Comunicação

Domínios	Classes	Resultados/Comunicação
I - Saúde Funcional	-Crescimento e desenvolvimento - Autocuidado (...)	Resultados que remetem para a <u>descrição da maturidade emocional e social</u> do indivíduo e ainda para a capacidade deste para realizar diversas atividades. Esta descrição só é possível com o recurso a comunicação.
II - Saúde Fisiológica	(...) - Função sensorial	A importância da comunicação torna - se explícita nos resultados que remetem para a <u>descrição da percepção e uso que a pessoa faz das informações sensoriais</u> .
III - Saúde Psicossocial	- Bem-estar psicológico - Adaptação psicossocial - Autocontrole - Interação social	Este domínio abrange os resultados que <u>descrevem a saúde emocional, a adaptação psicológica e ou social, a capacidade de manter um comportamento, as relações entre os indivíduos</u> . As áreas descritas exigem para a avaliação dos resultados, atenção específica a aspetos verbais e não-verbais da comunicação.
IV - Conhecimento de Saúde e Comportamento	- Comportamento de saúde - Crenças de saúde - Conhecimentos de saúde -Controle de riscos e segurança	Inclui resultados que <u>descrevem ações, ideias, percepções e compreensão de aspetos relacionadas com a saúde</u> , o que exige, para aceder a esta informação, competência na área da comunicação.
V - Saúde Percebida	- Saúde e qualidade de vida - Condição de sintomas	Destacam-se os resultados relacionados com a <u>satisfação expressa pelo indivíduo quanto ao seu estado de saúde</u> , onde o domínio e atenção às questões da comunicação são fundamentais
VI - Saúde Familiar	- Estado do cuidador da família - Estado de saúde do membro da família - Bem-estar da família	Têm lugar aqui os resultados que <u>descrevem comportamentos de adaptação, e saúde ... emocional</u> do membro de uma família e da própria família como unidade. <u>Comportamentos de adaptação e saúde emocional</u> são sem dúvida áreas, cuja descrição implica recurso à dimensão comunicativa.

VII - Saúde Comunitária	- Bem-estar da comunidade -Proteção da saúde comunitária	Incluem-se resultados que <u>descrevem a saúde e competência social de uma população</u> . Salienta-se a necessidade de utilizar eficazmente a comunicação para garantir e avaliar os resultados pretendidos.
-------------------------	---	---

Fonte: Domínios, Classes e Resultados (Johnson, Maas, & Moorhead, 2000)

Verifica-se, como se pode ver pelo quadro nº 3 que, apesar da descrição dos domínios e classes não incluir explicitamente o termo comunicação, não é possível concretizar os resultados, em cada uma das classes, sem uma atenção especial à comunicação verbal e não-verbal. Contudo, é na especificação dos indicadores para cada resultado que a comunicação e a comunicação terapêutica assumem maior expressão.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), versão 1.0, é uma classificação usada para representar diagnósticos de enfermagem, intervenções de enfermagem e resultados de enfermagem.

Trata-se de um modelo de 7 eixos, cujos termos são mobilizados na construção dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem.

Apresenta-se no quadro nº 4, os eixos que integram a CIPE, a respetiva definição e uma síntese de alguns aspetos que permitem identificar a presença, explícita e implícita, da comunicação nesta classificação.

Quadro nº 4 – CIPE - Eixos / Definição / Comunicação

Eixos	Definição	Explicitação de comunicação
Foco	“Área de atenção relevante para a prática de Enfermagem”	A <u>comunicação</u> é apresentada como <u>foco de enfermagem</u> e, descrita como comportamento interativo. O termo comunicação está presente em três focos.
Juízo	“Opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de enfermagem”	Sem referência a comunicação.
Recursos	“Forma ou método de concretizar uma intervenção”	São incluídos 10 dispositivos de comunicação que incluem, entre outros, dispositivo de chamada, computador, processo clínico, questionário.
Ação	“Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente”	Das ações apresentadas, considerando o termo/ expressão e a respetiva descrição, identificaram-se 42 que remetem, direta ou indiretamente, para a área da

		comunicação e ou da comunicação terapêutica. São exemplos as ações de: apoiar, promover, relacionar, negociar, orientar e ensinar.
Tempo	“O ponto, período, instante, intervalo ou duração de uma ocorrência.”	Sem referência a comunicação.
Localização	“Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção.”	Sem referência a comunicação.
Cliente	“Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário da intervenção,”	Sem referência a comunicação.

Fonte: Eixos e Definição - (ICN, 2005)

A comunicação, como apresentado no quadro nº 4, encontra-se no eixo do foco e no eixo recursos, mas é no eixo Ação que se encontram de forma mais expressiva termos referentes à comunicação.

Em síntese, a comunicação e/ou a comunicação terapêutica estão presentes, de forma explícita e/ou implícita, nas classificações apresentadas. Considera-se que este facto, por um lado, ilustra a relevância da comunicação para a enfermagem, e, para o enfermeiro, por outro lado, remete para a importância/ necessidade de que o enfermeiro desenvolva habilidades que lhe permitam um uso efetivo e adequado da comunicação nas diferentes situações de cuidados.

4.3 – A COMUNICAÇÃO EM DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA PARA OS ENFERMEIROS

A teoria, a descrição da realidade no que se refere à comunicação e à sua importância para a enfermagem, bem como os instrumentos orientadores/ reguladores da própria profissão, formam entre si um todo coerente.

Assim, e numa perspetiva de transversalidade, encontra-se referência à comunicação nesses diversos documentos:

No REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro), encontra-se nomeadamente no seu artigo 5º, “Caracterização dos cuidados de enfermagem”, a seguinte descrição:

Os cuidados de enfermagem são caracterizados por:

1) Terem por fundamento uma interação entre enfermeiro e utente, indivíduo, família, grupos e comunidade;

2) Estabelecerem uma relação de ajuda com o utente;

3) Utilizarem metodologia científica, que inclui entre outros, uma recolha e apreciação de dados; execução correta de cuidados; avaliação dos cuidados; orientar e supervisionar transmitindo informação.

Os aspetos descritos deixam claro que não é possível operacionalizar o referido no REPE sem utilizar, ao longo de todo o processo de cuidados, estratégias adequadas de comunicação.

No código deontológico do enfermeiro, documento de referência para os enfermeiros, que se encontra integrado no estatuto da Ordem dos Enfermeiros, com nova redação conferida pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. Pode afirmar-se que só o enfermeiro competente em matéria de comunicação poderá efetivar com eficácia o que lhe é atribuído por diferentes artigos do código deontológico.

Faz-se ainda assim uma referência específica aos artigos 84º, que concretiza o dever de informação, e 85º, o dever de sigilo (OE,2003), na medida em que só um cuidado muito atento considerando tanto a dimensão informativa da mensagem, ou seja “o quê”, como a dimensão afetiva, ou seja “a forma como a mensagem é transmitida” podem garantir.

Releva-se os artigos 88º, da excelência do exercício, e 89º, da humanização dos cuidados (OE, 2003), que implicam uma atenção especial a cada pessoa e ao que individualmente a caracteriza, só conseguido através de uma utilização intencional e efetiva da comunicação.

No Perfil de competências do enfermeiro

De acordo com o regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2004), sendo importante ter em conta como afirma (Wiemann, 2011) que as relações interpessoais competentes são fruto de uma comunicação apropriada e eficaz.

Espera-se desta forma que todos os enfermeiros, no domínio da prestação e gestão de cuidados, estabeleçam comunicação e relações interpessoais eficazes (OE, 2012).

Esta abordagem situa-se no perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais por se constituírem no conjunto de competências que todos os enfermeiros devem revelar na prestação de cuidados de enfermagem. Todo o desenvolvimento profissional posterior, seja através de formação específica ou de creditação de experiência profissional, acresce em competências, habilidades e responsabilidades, sendo cumulativo em relação às iniciais. Espera-se assim que os enfermeiros exerçam o seu papel, função, tarefa ou atividade incluindo de forma integrada habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas, demonstrando assim a sua competência (Phaneuf, 2005).

Como se sabe, as competências afirmam-se nas situações reais onde, de acordo com o nível de complexidade das mesmas, o enfermeiro utiliza de forma adequada e eficaz os seus conhecimentos. É importante ter em conta que as competências dos enfermeiros em comunicação interpessoal e ajuda são determinantes para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

São estes e outros aspetos que estão incluídos no regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (OE, 2012), nomeadamente no artigo 6º, ponto 1, que refere que “as competências do enfermeiro de cuidados gerais no domínio da prestação e gestão de cuidados são (...) – b) contribui para a promoção da saúde; (...) d) estabelece comunicação e relações interpessoais eficazes; (...) f) promove cuidados de saúde interprofissionais e g) delega e supervisiona tarefas....

Sendo explicitamente referida neste artigo, a inclusão e importância da comunicação não se esgota no mesmo, mas a descrição deste permite afirmar tanto a sua inclusão, como a impossibilidade de que o enfermeiro responda à complexidade de cada situação concreta de forma eficaz, sem a utilização competente e intencional da comunicação.

A grande importância deste assunto pode sintetizar-se na seguinte afirmação: todos os participantes na comunicação interpessoal usam estratégias. O comunicador competente usa as estratégias de uma forma apropriada (Fisher & Adams, 1994).

4.4 – TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO

Enquanto cuidador, e para ajudar as pessoas, o enfermeiro necessita de adquirir conhecimentos, habilidades e atitudes específicas, o que lhe permitirá, com as suas intervenções, abranger o problema em si e as suas consequências na vida diária da pessoa que o vivencia (Chalifour, 2008).

Torna-se tanto mais importante estar atento às técnicas de comunicação quanto se sabe que a comunicação pode facilitar o desenvolvimento de uma relação terapêutica ou servir-lhe de barreira, uma vez que todo o comportamento é comunicação e toda a comunicação afeta o comportamento (Stuart & Laraia, 2006).

De referir que não existe sobreponibilidade na designação que diferentes autores atribuem aos aspetos que consideram importantes para que se estabeleça e mantenha uma comunicação eficaz, uma vez que os mesmos aspetos podem, de acordo com o autor que os referencia, ser apresentados como técnicas, habilidades, estratégias entre outras designações.

Segue-se para a organização deste capítulo as técnicas apresentadas por Chalifour (2008); no entanto, incluem-se outros autores para a caracterização das mesmas.

Chalifour apresenta técnicas de comunicação verbal e não-verbal que, segundo ele, são determinadas pelos modos de contacto utilizados (Chalifour, 2008). É fundamental termos em conta que é através dos nossos cinco sentidos que se entra em contacto com o nosso ambiente tanto físico como humano; no entanto, Polster & Polster (1983), citados por Chalifour (2008), acrescentam a estes 5 modos de contacto o falar e o mover-se, assumindo assim que são sete os modos de contacto de que dispomos para comunicar com o nosso ambiente.

São os órgãos dos sentidos e a utilização dos mesmos que permitem captar a realidade que nos envolve, analisá-la e transmiti-la.

A comunicação ocorre simultaneamente em nível verbal e não-verbal. Porque nenhuma relação pode existir sem comunicação, os enfermeiros desenvolvem habilidades que melhoram a sua interação terapêutica com os clientes (Timby, 2009).

É o desenvolvimento destas habilidades verbais e não-verbais que vai permitir aceder à individualidade da pessoa, ao que a caracteriza, a torna única e, assim, responder prestando em cada situação cuidados individualizados.

Técnicas de comunicação não-verbal

A comunicação não-verbal desempenha um papel importante no comportamento do indivíduo e da sociedade, pois como já foi referido, sabe-se hoje que a dimensão não-verbal da comunicação representa mais de 90% de cada mensagem ou ato comunicativo, o que a torna de facto bastante expressiva.

Podem assim ser identificadas técnicas de comunicação não-verbal. Integram-se neste grupo as que se apresentam a seguir (Chalifour, 2008):

O Toque

O Toque é, de acordo com Chalifour (2008), o protótipo e o mais direto dos modos de contacto. Tocar corresponde ao estímulo tátil produzido pelo contacto pessoal com outra pessoa ou objeto, e ocorre frequentemente na relação enfermeiro cliente (Timby, 2009), pois tendo em conta a natureza dos cuidados de enfermagem, o enfermeiro utiliza frequentemente o toque quer para colher informação quer para realizar uma intervenção.

Phaneuf (2005) apresenta o toque simultaneamente como atitude e comportamento do enfermeiro que pode influenciar a comunicação e como manifestação não-verbal do doente.

Apesar de organizados de forma diferente pelos diferentes autores, pode considerar-se que há unanimidade quanto à relevância dos aspetos relativos ao toque e ao tocar, bem como à forma como o enfermeiro o utiliza no seu dia-a-dia.

Como princípio para a utilização do toque, é fundamental termos em conta que este representa coisas diferentes para diferentes pessoas e para pessoas em diferentes situações de vida e de cuidados, devendo ser a sua utilização judiciosamente baseada na avaliação das necessidades e desejos do utente (Bolander, 1998). Estas necessidades e desejos manifestam-se de forma diferente ao longo do ciclo vital, sendo importante que o enfermeiro através da observação atenta garanta a utilização adequada do toque a cada pessoa. Por exemplo acariciar o rosto ou o cabelo de uma criança que chora.

Pode assim o enfermeiro utilizar o toque para receber informação e/ou para transmitir informação, sabendo à partida que se trata de um comportamento não-

verbal com um forte significado e impacto, o que deve implicar o seu uso intencional, tornando-o parte integrante da relação enfermeiro-pessoa cuidada (Phaneuf, 2005) .

Este pode e é utilizado pelo enfermeiro nos diferentes contextos de cuidados; no entanto, representa uma parte significativa da prática de enfermagem psiquiátrica, sendo que, entre as razões para a sua utilização, se incluem as seguintes: estabelecer contacto com o utente; potenciar a comunicação e comunicar atenção, interesse e reconhecimento (Stuart & Laraia, 2006).

Em geral, o toque afetivo, “que representa uma comunicação cujo objetivo primeiro é transmitir e receber um sinal de reconhecimento, de aceitação, de proteção e de interesse” (Chalifour, 2008, p. 135), é terapêutico quando o cliente é solitário, está desconfortável, perto da morte, ansioso, inseguro ou assustado, semiconsciente ou comatosos, visualmente debilitado ou com privações sensoriais (Timby, 2009).

O toque pode ainda, na perspetiva de Chalifour, ser terapêutico quando “utilizado intencionalmente para ajudar ou curar uma pessoa” (Chalifour, 2008, p. 135) e instrumental quando facilita a realização de um ato prioritário, que será necessariamente desenvolvido pelo enfermeiro para prestar cuidados (Chalifour, 2008 citando Schoenh (1989).

É igualmente importante que o enfermeiro para além de estar atento aos sinais não-verbais dos utentes esteja também atento aos seus, pois estes podem por parte do enfermeiro comunicar interesse, respeito e veracidade ou, pelo contrário, desinteresse, falta de respeito ou uma atitude impessoal (Stuart & Laraia, 2006). Torna-se fundamental que o enfermeiro “aprenda o mais nitidamente possível, se tocar corresponde a uma necessidade sua ou do cliente, através da tomada de consciência daquilo que comunica através deste modo de contato e da intencionalidade com que o faz” (Chalifour, 2008, p. 134).

Para uma utilização eficaz do toque, há que ter em conta que a aceitação deste não pode ser considerada universal e, portanto, deve nas situações de cuidados ser acompanhada de uma observação atenta do que se passa com a pessoa, de todas as suas reações, e validado o impacto da sua utilização.

O contexto cultural ou sociocultural a que a pessoa pertence deve ser tido em conta pois o significado do toque é diferente para diferentes culturas e, o contacto físico é igualmente consentido/ tolerado de forma diferente.

Sendo assim descrito como importante em diferentes situações de cuidados, Roxo refere, como resultados do estudo que efetuou, que os enfermeiros utilizam o toque para suavizar procedimentos agressivos, como aspiração brônquica, ajudando o doente a suportar melhor o ato, e, nas massagens, nos posicionamentos ou na avaliação de parâmetros vitais onde o contacto físico é parte integrante do procedimento (Roxo, 2008).

A Distância

Apresentado por Chalifour, (2008) como uma técnica de comunicação não-verbal, a distância ou proxémica remete para as questões da territorialidade, tendo em conta, como afirma Hall, que existe uma regularidade das distâncias no ser humano.

Proxémica é o estudo da gestão do espaço interpessoal, quer dizer, das relações espaciais em modalidades de comunicação. A interação comunicativa é possível porque, da mesma maneira que há gestos e movimentos corporais, há também uma configuração das relações espaciais que lhe dão sentido (Juárez, Cabello, Gómez, Giralt, & González, 2005).

É hoje conhecida, tendo sido devidamente estudada, uma escala de distâncias, cada uma delas reconhecida como mais apropriada para um tipo particular de relação.

Em muitas situações sociais, de trabalho, ou mesmo de lazer, cada individuo define a sua posição, escolhe uma certa distância indicando, assim, o grau de intimidade que deseja. Mas nos cuidados de saúde ou de enfermagem, poderá a pessoa optar, ou este aspeto deverá ser assegurado pelo enfermeiro?

Apesar de conhecida e estudada uma certa regularidade, deve considerar-se, de acordo com Chalifour (2008, p. 138), a influência de variáveis como a origem étnica ou a presença de sintomas físicos ou psicossociais, sobre a qualidade da relação entre as pessoas.

Considera-se particularmente interessante a imagem de bolha para representar o espaço à nossa volta, a quantidade de espaço necessário entre nós e as outras pessoas, utilizada por vários autores, nomeadamente Phaneuf, que

acrescenta que esta “representa um poder simbólico sobre o nosso ambiente” (Phaneuf, 2005, p. 32). É introduzida assim uma noção de flexibilidade em que cada pessoa estabelece o seu território, as fronteiras do seu eu que serão variáveis segundo os indivíduos. A sua violação por um intruso, que pode ser o enfermeiro, poderá desencadear reações fortes (Phaneuf, 2005).

Deste modo, podem considerar-se: a distância íntima, do contato físico, até 45 centímetros; a distância pessoal, de 45 até 125 cm; a distância social, de 1,20 até 3,60 metros; e a distância pública, de 3,60 até 7,50 metros ou mais (Chalifour, 2008).

A proximidade e a distância devem ser para o enfermeiro conceitos flexíveis que, tendo impacto na qualidade dos cuidados, devem consciente e intencionalmente ser utilizados tendo em conta a pessoa e a situação que esta está a vivenciar.

As posições físicas

Esta designação é a utilizada por Chalifour (2008), no entanto, ela corresponde para Phaneuf (2005) a postura e atitudes corporais, para Bolander (1998) a postura corporal e para Bitti & Zani (1997) a postura.

Afirma Chalifour que, “de acordo com os cuidados ou tratamentos a prestar, as pessoas são suscetíveis de se encontrarem em posições variadas que terão uma grande influência na qualidade da relação” (Chalifour, 2008, p. 142). Por sua vez, o caráter mais ou menos descontraído da posição adotada pelo enfermeiro exerce também influência sobre a facilidade ou fluidez das trocas, não esquecendo que um corpo com uma postura descontraída acalma também o espírito (Phaneuf, 2005).

Considerando a posição da pessoa cuidada, o enfermeiro deve assegurar que mantêm um contacto visual, estão à mesma altura sob o plano visual, as posições adotadas favorecem a melhor utilização dos modos de contacto selecionados e as posições adotadas são as mais confortáveis possíveis (Chalifour, 2008).

Atender aos aspetos referidos e efetivá-los faz com que o enfermeiro tenha em conta a situação específica das pessoas. Assim, se o utente está acamado, o enfermeiro escolhe uma posição em que o contacto visual entre ambos seja possível com um mínimo de esforço; perante um utente sentado o enfermeiro não

fica de pé, porque para além do desconforto que vai provocar nos músculos do pescoço, de pé assumirá uma posição de dominação. O sentimento de dominação será mais acentuado quando o utente estiver deitado (Chalifour, 2008).

É fundamental que o enfermeiro observe atentamente, e de forma conjugada, os indícios verbais e não-verbais emitidos pelo utente e, de acordo com eles, reajuste sempre que necessário a posição adotada no sentido de responder às necessidades da pessoa.

O contexto em que enfermeiro e utente se encontram também é relevante, e pode ser mais ou menos favorável à utilização de uma postura adequada. No domicílio pode ser mais fácil sentar-se face a face com o utente e, desse modo, aceder a informações que de outra maneira seria difícil. No entanto, sentar-se face a face, deverá ser uma opção nas situações que tal se revelar útil.

O hospital e o centro de saúde apresentam-se por vezes, ao utente, como ambientes hostis. A atenção a aspetos como virar-se na direção da pessoa e inclinar-se ligeiramente na sua direção quando interage com ela, pode ser fundamental, pois, a postura adotada pelo enfermeiro mostra o tempo e a importância que ele consagra à pessoa de que se ocupa (Phaneuf, 2005).

Ao selecionar intencionalmente a posição mais adequada para uma situação específica de cuidados, o enfermeiro transmite ao utente que o considera importante.

O Olhar

O olhar constitui o primeiro sentido utilizado para entrar em contacto com o outro, é um elemento único e primário das relações interpessoais (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005 e Bitti & Zani, 1997).

Existem diferentes termos ou expressões utilizadas a propósito do comportamento visual, sendo que quando duas pessoas se olham mutuamente nos olhos toma a designação de contacto visual.

O olhar pode desempenhar um papel importante na comunicação de atitudes interpessoais e no estabelecimento de relações; permite igualmente obter informações retroativas sobre as reações do interlocutor durante a comunicação não-verbal (Bitti & Zani, 1997).

É fundamental que o enfermeiro tenha em consideração que para muitas pessoas “a forma como são olhadas será determinante para a continuidade ou não da troca” (Chalifour, 2008, p. 144), pelo que o olhar do enfermeiro deve exprimir acolhimento e compaixão mais do que autoridade (Phaneuf, 2005, p. 36).

O olhar permite igualmente colher dados sobre o estado atual do utente e devolver-lhe de modo não-verbal informações sobre o seu estado mas também a apreciação do seu valor pessoal (Chalifour, 2008 e Phaneuf, 2005).

No sentido de se assegurar da eficácia do olhar, o enfermeiro deve estar atento às seguintes regras gerais: reconhecer como se sente ao olhar e ao ser olhado; tomar consciência das suas habilidades para utilizar o olhar; ter claro o objetivo que pretende alcançar quando olha para a pessoa; estabelecer um guia de observação tendo em conta a sua conceção de pessoa, do seu papel e do seu contexto de trabalho; compreender o significado daquilo que observa; perceber a diferença entre os factos e as impressões subjetivas e dialogar com o cliente acerca delas; não se limitar às suas observações (Chalifour, 2008).

O dia-a-dia do enfermeiro está cheio de situações em que é necessário compreender as pessoas e como afirma Phaneuf (2005), o olhar pode tornar-se para o enfermeiro um instrumento de descoberta do outro e do seu mundo interior.

A escuta

Escutar é compreender o outro, captar a sua mensagem sem colocar sobre ele os nossos próprios sentimentos (Juan & Arce, 2009), é “captar a mensagem comunicada, compreender o seu conteúdo concetual e afetivo e manifestar a sua compreensão ao cliente através do seu modo de intervir junto dele” (Chalifour, 2008, p. 150). Para tal o enfermeiro precisa de usar não apenas o ouvido mas todos os órgãos dos sentidos, escutando em cada mensagem o conteúdo expresso mas também a forma como é comunicado.

O enfermeiro deve respeitar algumas regras para facilitar a escuta, entre elas destacam-se: promover condições ambientais adequadas, estar atento aos índices não-verbais da mensagem verbal, apresentar disponibilidade intelectual e afetiva, não escutar só o que lhe interessa e dar-se tempo para entender o que é dito antes de responder (Chalifour, 2008).

Ao ser considerada técnica de comunicação, é importante termos em conta que “os melhores comunicadores são excelentes ouvintes. Saber escutar mais do que falar é o grande segredo da comunicação interpessoal” (Estanqueiro, 2007, p. 75).

A escuta implica que o cuidador tome a decisão de ficar disponível para o utente (Bioy, Bourgeois, & Nègre, 2003) e, a partir daí, assegure as condições que lhe permitam escutar eficazmente.

Reforçando a ideia de que escutar não se restringe ao ato de ouvir, vários autores introduziram a expressão escuta ativa (Riley, 2004; Lazure, 1994), que assume este carácter pela aplicação de comportamentos de recetividade como o questionamento ou a utilização de outras estratégias dinâmicas (Phaneuf, 2005).

A escuta ativa permitirá à pessoa ir entrando no seu problema, abordá-lo, clarificá-lo, explorá-lo sem que se sinta ameaçada pelo profissional (Juan & Arce, 2009), e exige da parte do profissional disponibilidade, interesse pela pessoa, compreensão da mensagem, espírito crítico e prudência nos conselhos (Estanqueiro, 2007).

A escuta ativa implica um compromisso com o utente, uma disponibilidade frente à experiência imediata vivida por ele e habilidade para escutar sem interpretar as próprias experiências. Na escuta ativa, o enfermeiro permite que os utentes se expressem ao seu próprio ritmo, incluindo permitir que se calem sem exercer pressão e sem avaliar o seu silêncio. Esta atitude possibilita ao utente a autoexploração, favorece a sua capacidade para precisar o problema e permite ao profissional a manifestação de sentimentos, atitudes e aptidões que o utente não tenha manifestado de forma clara e concreta (Juan & Arce, 2009).

Sendo fundamental para a prestação de cuidados individualizados, a escuta ativa está presente nas intervenções de enfermagem que integram a classificação das intervenções de enfermagem, NIC.

É nas atividades definidoras de cada intervenção que a escuta ativa se torna mais presente. Salientam-se as atividades cuja operacionalização implica uma atenção especial à escuta ativa, por exemplo as que incluem estabelecer relação interpessoal, oferecer conforto psicológico, aceitar expressão de sentimentos e, também, aquelas cuja descrição inclui escutar ou ouvir atentamente os sentimentos e as preocupações.

O silêncio

O ponto de partida para a valorização e importância do silêncio está na afirmação de que “o silêncio não consiste apenas na ausência de palavras, ele é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica” (Chalifour, 2008, p. 153).

Os silêncios são elementos importantes da comunicação entre o cuidador e a pessoa cuidada (Bioy, Bourgeois, & Nègre, 2003); podendo corresponder a uma paragem no diálogo, pode tornar-se numa importante estratégia de comunicação (Phaneuf, 2005).

É pois fundamental que o enfermeiro enquanto cuidador respeite o tempo de silêncio instaurado pela pessoa cuidada e, durante este, foque a sua atenção nos elementos não-verbais.

O silêncio faz parte integrante das trocas interpessoais. Há silêncios que causam embaraço e outros que traduzem a convivência entre os seres. O enfermeiro deve procurar utilizá-lo de maneira construtiva (Phaneuf, 2005), uma vez que este pode ser uma manifestação de escuta. Às vezes perante a dificuldade de se exprimir de um paciente é bom saber que o tempo de silêncio para ele pode significar uma certa disponibilidade (Manoukian, 2008).

Técnicas de comunicação verbal

As técnicas que a seguir se apresentam incluem-se, de acordo com Chalifour (2008), nas técnicas de comunicação verbal.

A síntese

Uma forma de ajudar o cliente a reconhecer-se baseia-se em fazer a síntese daquilo que referiu, em diferentes momentos chave ao longo das trocas verbais (Chalifour, 2008). “A síntese consiste em ressaltar os elementos essenciais daquilo que é comunicado, relacionando-os uns com os outros” (Chalifour, 2008, p. 161).

Esta técnica tem como fins, entre outros, fazer com que a pessoa se aperceba da progressão na exploração dos seus sentimentos e pensamentos, salientar o essencial do que foi dito ajudando assim a encerrar uma entrevista e permitir ao enfermeiro validar o que reteve do que foi dito pelo cliente. Quando necessário, esta permite também ajustar, devolver compreensão e escuta,

facultar uma visão de conjunto de uma parte, de todo o encontro, ou de vários encontros e planificar as próximas etapas (Chalifour, 2008).

Sendo relevante em diferentes situações de cuidados, salienta-se a importância da síntese, por exemplo, quando a pessoa apresenta altos níveis de ansiedade e/ou dificuldade de concentração, que vão interferir com a capacidade desta para estar atenta e reter informação. Estas situações podem acontecer nos diferentes contextos de prática clínica.

Quer seja durante uma entrevista, numa sessão de ensino, ou na transmissão de informação, a síntese pode revelar-se útil para o enfermeiro e para a pessoa cuidada. Através desta, o enfermeiro deve garantir que obteve a informação necessária para iniciar ou dar continuidade aos cuidados e, que a pessoa está apta a prosseguir, ou, quando necessário, identificar as áreas em que possa ter que proceder a adequações.

Existem ainda situações de maior complexidade, por exemplo a gestão de um regime terapêutico complexo, por vezes ligado a áreas mais especializadas, em que o enfermeiro tem que ajudar a pessoa a lidar simultaneamente com estratégias farmacológicas e não farmacológicas tendo que garantir a preparação desta para tal e em que a utilização da síntese vai permitir ao enfermeiro ir procedendo à validação, ajustamento e planeamento de etapas seguintes.

As questões

As questões são, sem dúvida, as técnicas de comunicação mais utilizadas em relação de ajuda profissional (Chalifour, 2008).

É um sinal de sabedoria fazer as perguntas certas, nos momentos oportunos pois, quanto mais adequadas forem as perguntas, melhores serão as respostas (Estanqueiro, 2007).

As questões são utilizadas com as seguintes finalidades: obter especificações, explorar um conteúdo julgado importante, obter novas informações, de fazer repetir aquilo que não compreendeu, ajudar o cliente a expressar-se (Schulman, 1982, citado por Chalifour, 2008).

Pode-se afirmar que escolher o tipo de perguntas mais adequado a cada situação será facilitador da comunicação interpessoal, na medida em que “a primeira preocupação perante uma entrevista é a de escolher que questões irão colocar” (Chalifour, 2008, p. 163).

Colocar questões é uma arte. Para intervir eficazmente na prestação de cuidados, o enfermeiro deve aprender a dominar esta arte de modo que, através dela, confirme as suas perceções e recolha a informação necessária para planejar cuidados personalizados e assim responder às verdadeiras necessidades das pessoas (Phaneuf, 2005).

As questões abertas convidam o cliente a desenvolver o seu pensamento, encorajam o cliente a fornecer o máximo de informação possível (Chalifour, 2008), permitem liberdade de expressão a quem responde e são mais adequadas para promover o diálogo (Estanqueiro, 2007).

A questão aberta suscita uma resposta que pode integrar a expressão de sentimentos e de emoções, e pode ser descritiva quando se pretende conhecer os detalhes de uma situação; poderá tornar-se comparativa quando são colocados em paralelo os elementos de uma situação ou explicativa se serve para precisar ou obter mais informação (Phaneuf, 2005).

As questões fechadas são úteis para esclarecer dúvidas ou confirmar ideias e aceder a informações concretas, precisas, no entanto limitadas. Estas questões não são promotoras de diálogo (Estanqueiro, 2007; Phaneuf, 2005).

As questões diretas são utilizadas para ir direto ao fim ou objetivo (Chalifour, 2008; Phaneuf, 2005). Se utilizadas em excesso e se o utente não conhecer os objetivos, podem ser consideradas ameaçadoras (Chalifour, 2008).

As questões indiretas permitem questionar as pessoas percorrendo longos caminhos (Phaneuf, 2005). Permitem à pessoa responder ou não. Têm a vantagem de ser menos ameaçadoras (Chalifour, 2008).

São princípios gerais para a utilização das questões como técnica de comunicação, entre outros: utilização de um vocabulário que seja compreensível para a pessoa cuidada; assegurar-se que o cliente entendeu a questão; fazer uma formulação clara das questões; assegurar-se da escolha adequada da questão como técnica tendo em conta os objetivos; captar a atenção do cliente antes de formular a questão; utilizar frases curtas e precisas; partir do que diz ou não o cliente (Chalifour, 2008).

As questões utilizadas pelos enfermeiros devem ser pertinentes, e, selecionadas de acordo com as situações em que vão ser utilizadas.

Por exemplo, quando o enfermeiro procede à avaliação inicial, poderá utilizar diferentes tipos de questões no sentido de garantir que os dados recolhidos são os necessários para a formulação dos diagnósticos de enfermagem que, vão incidir sobre “o estado do cliente, problemas e necessidades” (ICN, 2005).

Utilizar repetidamente questões fechadas pode fazer esgotar rapidamente o que a pessoa tem para dizer e ser limitador do acesso à informação desejada ou necessária. Poderá ser útil usar também questões abertas que, permitem explorar várias dimensões, e, “ dão acesso a um largo registo de informações que são necessárias para melhor conhecer o doente, planificar os cuidados e intervir junto dele” (Phaneuf, 2005, p. 121).

De acordo com os objetivos que pretende alcançar o enfermeiro utilizará o tipo de questões mais adequado.

O feedback

O feedback ou retroalimentação é um ponto-chave para que o emissor se sinta escutado, sendo um pilar fundamental na comunicação (Juan & Arce, 2009).

Uma conversação é pois um processo contínuo de feedback das mensagens e um ajustamento (igualmente contínuo) das pessoas envolvidas no processo de comunicação.

Feedback pode assim definir-se como “um processo verbal e não-verbal pelo qual uma pessoa informa outra acerca das suas perceções, pensamentos e sentimentos e, por vezes acerca das necessidades e desejos” (Chalifour, 2008, p. 170). Permite à pessoa saber se foi verdadeiramente escutada pelo profissional e tem como benefícios: evitar a desagradável impressão de dialogar no vazio, permitir à pessoa estar segura de ter sido compreendida e assim continuar a expressar-se, permitir ao profissional provar à pessoa que a escutou e compreendeu e em caso de erro retificá-lo facilmente (Juan & Arce, 2009).

De acordo com Chalifour (2008), o feedback pode ser: avaliativo se se centra numa conclusão ou julgamento do comportamento do cliente; descritivo quando se refere ao que o enfermeiro captou através dos seus sentidos e que considera que deve partilhar; experiencial quando considera o que o interveniente percebe, pensa e sente.

O conselho e a informação

Nas situações de cuidados, e dependendo da natureza das mesmas, tornam-se particularmente importantes as competências relacionais ou as competências técnico científicas.

Para poder ajudar verdadeiramente as pessoas, o enfermeiro deve “distinguir, nos pedidos das pessoas, aqueles que apelam a conhecimentos científicos e aqueles que apelam à capacidade de encontrar em si mesmos as respostas a certas questões” (Chalifour, 2008, p. 174).

Para tornar eficazes o conselho e a informação, é importante atender a algumas regras como certificar-se de que compreendeu o pedido do cliente, confirmar o interesse e motivação do cliente quanto à informação, selecionar os meios a utilizar tendo em conta o objetivo, utilizar linguagem adequada, certificar-se que o cliente compreende e, se necessário, reformular (Chalifour, 2008).

5 – COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM

A comunicação é um denominador comum presente nas ações de enfermagem, que terá influência na maneira como o cuidado é prestado a cada pessoa.

Nesta sequência, surge a comunicação terapêutica que, sendo uma componente essencial dos cuidados de saúde para qualquer cliente (Tamparo & Lindh, 2008) é mais do que comunicar com a pessoa no exercício do papel profissional de enfermeiro: é a base da enfermagem (Gefaell, 2007).

Comunicação terapêutica é, assim, um método de comunicação (Yerena, 2005) através do qual o cuidador responde às necessidades explícitas e implícitas do utente (Fuller, 2007). É um processo consciente e deliberado, usado para reunir informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal ou não-verbal que promova o seu bem estar, melhore a forma como esta entende os cuidados prestados (Wold, 2013) e permita estabelecer uma relação terapêutica (Williams & Davis, 2005).

De acordo com Stefanelli (1993), citada por Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha (2005), a comunicação enfermeiro-utente é denominada comunicação terapêutica porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde da pessoa e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nas pessoas sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros.

É importante ter em consideração que a expressão comunicação terapêutica é empregue de diferentes formas no domínio dos cuidados de enfermagem. Para alguns, toda a interação cuidador-cuidado tem um carácter terapêutico; para outros, representa uma abordagem terapêutica específica, como por exemplo acontece no domínio da psiquiatria (Rubenfeld & Scheffer, 1999).

Porém, no âmbito da saúde, a comunicação precisa ser terapêutica, pois objetiva o cuidado e, através deste, favorece a tranquilidade, autoconfiança, respeito, individualidade, ética, compreensão e empatia pela pessoa cuidada. (Bertone, Ribeiro, & Guimarães, 2007). Com a utilização da comunicação terapêutica deve primar o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa, a sua identidade, a sua privacidade, a sua intimidade e a confidencialidade da

informação, aspetos que, com muita frequência em diversas situações de cuidados, não são tidos em conta (Peláez, 2003).

A comunicação terapêutica tem como objetivo principal aumentar a qualidade de vida da pessoa, e, como objetivos mais específicos fazer com que a pessoa: sinta que é o centro dos cuidados e do processo de enfermagem; note que a sua experiência da doença é o que mais importa ao enfermeiro; se sinta acompanhado; tenha a possibilidade de sentir, saber e decidir se quer mudar e como quer mudar a sua maneira de viver a sua situação, e, identificar e mobilizar recursos que lhe permitam lidar melhor com a sua situação (Gefaell, 2007).

Outros autores reforçam que a comunicação terapêutica tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do doente, e, contribuir para melhorar a prática de enfermagem ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos doentes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros (Oliveira, Nóbrega, Silva, & Filha, 2005).

Para que seja terapêutica, a comunicação deve ainda apresentar as seguintes características:

- ser dirigida a um objetivo;
- ser única para cada pessoa;
- exigir um compromisso ativo, pois não depende da sorte nem é casual;
- requerer excelentes habilidades de observação e escuta (Fuller, 2007).

Conta ainda com dois requisitos fundamentais: toda a comunicação deve preservar o respeito pelos indivíduos (Stuart & Laraia, 2006; Williams & Davis, 2005), e a comunicação de compreensão deveria anteceder qualquer sugestão ou aconselhamento (Stuart & Laraia, 2006), não esquecendo que a comunicação terapêutica deve transcender necessariamente os conselhos que, habitual mas ineficazmente, são dados (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 2002).

É importante considerar também os resultados que podem ser obtidos com a utilização efetiva da comunicação terapêutica com as pessoas, pois esta pode diminuir o stress, aumentar a adesão e resultar numa experiência positiva para todos os envolvidos (Tamparo & Lindh, 2008).

A comunicação terapêutica é a chave do relacionamento, o suporte da relação de ajuda terapêutica (Hosley & Molle, 2006; Riley, 2004), e é intencional (Neeb, 2000).

A comunicação terapêutica é, neste contexto, uma comunicação de âmbito profissional, havendo por isso limites à sua utilização, ou seja, limites adequados que facilitem a obtenção de resultados. Um limite irá influenciar a linha entre uma relação terapêutica e uma relação pessoal (Williams & Davis, 2005). Para além dos diferentes aspetos já apresentados, é necessário, para que tal seja possível, que o enfermeiro tenha em conta também o autoconhecimento.

Peláez refere que, para falar de comunicação terapêutica, primeiro deve falar-se de comunicação intrapessoal, que é aquela que se estabelece com a nossa realidade, e que permite o conhecimento de si mesmo, das crenças, valores, princípios, os costumes que sustentam o atuar humano sobre si e os demais seres humanos com quem deve relacionar-se. Este conhecimento é um elemento fundamental que deve caracterizar a relação terapêutica entre os enfermeiros e os utentes, pois só assim poderá existir a verdadeira empatia que permite colocar-se no lugar do outro para ajudar a resolver a situação que atravessa (Peláez, 2003).

Para tornar efetiva a comunicação terapêutica, o enfermeiro utiliza técnicas específicas; no entanto, este não deverá esquecer que o uso eficaz das técnicas de comunicação terapêutica requer prática (Wold, 2013; Gefaell, 2007; Stuart & Laraia, 2006; Neeb, 2000).

Esta noção de aprendizagem e treino que os autores associam à utilização das técnicas de comunicação terapêutica, vem sustentar a importância de que se aprofundem estes aspetos, se integrem nos planos de estudo de cursos ou formações a diferentes níveis, no sentido de que habilidades comunicacionais sejam adquiridas e desenvolvidas ao longo da vida profissional, proporcionando ao enfermeiro uma maior competência comunicativa.

Afirma Neeb, lembrando um ditado que diz que «de boas intenções está o inferno cheio», que por vezes as nossas boas intenções como enfermeiros colocam-nos em conflito com as nossas capacidades de comunicação, e de forma não intencional tornam a nossa comunicação ineficaz, pelo que é necessário ter em conta que nem todos os métodos de comunicação vão funcionar para todas as pessoas em todas as circunstâncias. Mas, se forem usados de forma adequada, vão melhorar o modo como o enfermeiro se relaciona com os seus utentes e o modo como eles lhe respondem (Neeb, 2000).

Desta forma, é a comunicação intencional e direcionada a cada pessoa, que tenha em conta a sua realidade específica, comunicação terapêutica, que vai garantir a efetivação de uma verdadeira relação de cuidado, que será uma relação terapêutica na qual a confiança é o aspeto central (Oliveira & Werlang, 2006).

Assim, partindo dos aspetos apresentados pelos diversos autores, considera-se, para efeitos deste estudo, que a comunicação terapêutica deve:

- ter intencionalidade terapêutica – visa dar resposta a um objetivo específico;
- ter em conta a realidade específica de cada pessoa – é moldada pela necessidade em cuidados de enfermagem do outro;
- permitir identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas;
- ter valor terapêutico autónomo (tranquilizar, capacitar,...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção);
- promover sentimentos de confiança nas pessoas.

A comunicação terapêutica é, como já referido, essencial na prestação de cuidados de enfermagem individualizados e de qualidade. No entanto, esta pode assumir uma relevância diferente, em diferentes contextos ou situações de cuidados.

Nos contextos da área da saúde mental/psiquiatria, a comunicação terapêutica é, por vezes, a ferramenta de eleição do enfermeiro. Aqui os aspetos emocionais, psicológicos, culturais, sociais e familiares são de grande importância. A experiência de doença e a qualidade de vida dependem em grande parte de fatores que não são o corpo em si, e para trabalhar com estes fatores o enfermeiro utiliza a comunicação terapêutica (Gefael, 2007).

As emoções fazem parte integrante da vida do ser humano mas, assumem por vezes uma expressão extrema na vida das pessoas, e tornam-se por isso relevantes em diferentes contextos de cuidados. São disso exemplo, a tristeza, o desânimo ou a ansiedade que podendo estar relacionados com aspetos como o diagnóstico, prognóstico, tratamentos ou maneira como a pessoa lida com a doença, exigem que o enfermeiro utilize na sua intervenção a comunicação terapêutica.

Os aspetos anteriormente referidos tornam-se evidentes, na descrição das intervenções de enfermagem (NIC), por exemplo: no aconselhamento, intervenção na crise, melhora do enfrentamento, que, remetem para a expressão de sentimentos e estabelecimento de relação terapêutica (McCloskey & Bulechek, 2004). Intervenções como modificação de comportamento e assistência na auto modificação remetem para a mudança comportamental (McCloskey & Bulechek, 2004) e vão exigir o estabelecimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa cuidada, tornando assim imprescindível a comunicação terapêutica.

Pode afirmar-se que, quando se impõem processos de mudança, é necessário que o enfermeiro utilize a comunicação terapêutica (Gefaell, 2007), recolocando assim a importância da mesma, para o enfermeiro enquanto prestador de cuidados, em diferentes contextos e situações.

5.1 – UMA QUESTÃO DE TERMINOLOGIA?

Propõe-se um exercício de síntese baseado na forma como diferentes aspetos são apresentados pelos diferentes autores. O primeiro ponto desta reflexão/síntese parte da constatação de que teoricamente é possível encontrar abordagens que diferenciam num ou noutro aspeto os diferentes termos ou expressões. No entanto, a questão que se coloca é: e na prática quando são utilizados como ferramentas, instrumentos, habilidades, se transformam no próprio cuidado, é possível diferenciá-los? Como lidam na prática os enfermeiros com estas questões?

Por exemplo, mesmo em abordagens de âmbito teórico, comunicação e relação surgem com frequência alternadamente nos textos construídos, o que podendo inicialmente levar a questionar, remete para o significado etimológico do termo comunicação, já anteriormente apresentado, como o de partilhar, pôr em comum, entre outros, o que pode explicar por si esta aparente estranha associação, uma vez que, nesta perspetiva, comunicação e relação podem significar a mesma coisa.

Apesar desta hipotética explicação, centremo-nos nos termos/expressões mais utilizados. Comunicação interpessoal, ou seja aquela que se estabelece entre dois indivíduos ou pequenos grupos; ocorre no decurso normal do

quotidiano; habitualmente é direta, mas pode ser mediada, sendo que a direta é a mais rica, pois integra diretamente mais elementos no contexto da comunicação, e a componente não-verbal é tão relevante quanto a verbal (Sousa, 2006).

Considera-se assim da comunicação interpessoal como um instrumento fundamental para partilhar informação relevante num contexto de cuidados de saúde, fazendo depender a qualidade dos cuidados de saúde, em grande medida, da qualidade da interação que se estabelece entre o profissional de saúde e os utentes (Costa & Jurado, 2006).

Comunicação interpessoal é, neste contexto, sem dúvida uma expressão relevante e pode ser entendida como um processo contínuo no qual os indivíduos criam em conjunto uma realidade social única que é a sua relação, sendo que as relações interpessoais emergem dos padrões de interação que ocorrem entre os interatuantes (Fisher & Adams, 1994).

A interação, por sua vez, deve ser um processo consciente para o profissional de saúde (Marc & Picard, 1992), uma vez que todas as interações estabelecem relações interpessoais (Costa & Jurado, 2006). Na interação enfermeiro cliente, o enfermeiro deve ser totalmente presente, escutar, falar e desenvolver confiança (Williams & Davis, 2005).

Comunicação interpessoal é relação. A relação que temos com outra pessoa está de tal forma emaranhada com a comunicação interpessoal que temos uns com os outros, que os dois conceitos são virtualmente sinónimos (Fisher & Adams, 1994).

A relação enfermeiro-utente, que é também denominada relação de ajuda, relação de pessoa a pessoa ou relacionamento terapêutico tem sido objeto de estudos e é reconhecida como forma de pensar que deve estar presente em todas as atividades da enfermagem (Fiziola & Ferreira, 1997).

A relação de ajuda profissional permite criar as melhores condições possíveis para ajudar o cliente a enfrentar as dificuldades, a reconhecer-se como um ser único e a ajudá-lo a adquirir uma maior consciência de si, e a aceder aos seus recursos pessoais (Chalifour, 2008).

“A relação de ajuda é particular porque um dos dois protagonistas, no caso, a enfermeira que ajuda, procura favorecer no outro o crescimento, o

desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar a vida” (Phaneuf, 2005, p. 324).

Phaneuf refere-se à relação de ajuda como uma relação terapêutica e afirma que a relação de ajuda possui nela própria um caráter terapêutico (Phaneuf, 2005). Por sua vez (Bolander, 1998) afirma que uma relação terapêutica é uma relação de ajuda.

Tendo em conta o que afirmam os diferentes autores a este propósito, e tratando-se de um processo, pode afirmar-se que só a competência comunicativa do enfermeiro, os seus conhecimentos e habilidades em comunicação terapêutica lhe vão permitir efetivar a relação terapêutica.

Em síntese, comunicação interpessoal e relação interpessoal podem, virtualmente, ser considerados iguais. Quando apresentam como características essenciais, entre outras, a intencionalidade, a consideração pela realidade específica de cada pessoa e a resposta às suas verdadeiras necessidades, garantem a utilização de comunicação terapêutica e permitem operacionalizar a relação terapêutica. Desta forma, são assegurados cuidados personalizados e a pessoa assume o centro desses mesmos cuidados.

5.2.-TÉCNICAS DE COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICAS E NÃO TERAPÊUTICAS

Uma vez que se trata de técnicas, a sua efetividade depende do uso que se faz delas. Se se utilizarem de forma adequada, podem potenciar a efetividade do pessoal de enfermagem; se se utilizam como respostas automáticas, bloqueiam a formação de uma relação terapêutica negando tanto a individualidade da pessoa da enfermeira como do utente e privando-o da sua dignidade (Stuart & Laraia, 2006).

Autores como Townsend (2011), Riley (2004), Neeb (2000) e Bolander (1998) fazem referência a técnicas de comunicação terapêuticas e não terapêuticas. Apresenta-se a seguir, em quadro, uma síntese dos referidos autores, quanto às técnicas de comunicação terapêuticas e não terapêuticas, sendo que, estes não organizam ou apresentam da mesma forma os diferentes aspetos. Existem, no entanto, pontos de aproximação ou mesmo de interceção na forma como descrevem ou explicitam as técnicas.

Assim, nos quadros nº 5, técnicas de comunicação terapêuticas, e nº 6, técnicas de comunicação não terapêuticas, apresentam-se em coluna, as técnicas respeitantes ao autor referenciado, e, em linha aquelas em que a definição apresentada pelos autores permitiu encontrar semelhanças.

Quadro nº 5 – Técnicas de comunicação terapêuticas

Townsend (2011)	Riley (2004)	Neeb (2000)	Bolander (1998)
Silêncio	Silêncio	Silêncio	Promover o silêncio
Abertura	Comentários abertos	Perguntas abertas	Proporcionar diálogo aberto
Aceitação	Consideração		Aceitação das mensagens
Reflexão	Reflexão	Identificar pensamentos e sentimentos	Encorajar avaliação das emoções
Clarificação e validação	Clarificação	Clarificar os termos	Pedir esclarecimento
	Validação consensual		Procurar validação consensual
Focalização	Focalização		Focalizar
Formular um plano de ação	Planificação		Encorajar formulação de um plano de ação
Reforçar pistas		Utilizar pistas gerais	Proporcionar pistas gerais
Repetição		Refletir /repetir/ devolver	
Fazer observação			Fazer uma observação
Exploração			Explorar
Localizar um evento no tempo			Colocar os acontecimentos em sequência temporal
Verbalização do implícito			Verbalizar o que está subentendido
Descodificação de sentimentos			Traduzir em sentimentos
Encorajar a			Encorajar a comparação
Encorajar descrição das perceções			Encorajar descrição das perceções
Expressão de dúvida			Verbalizar dúvida
Apresentar a realidade			Confrontar com a realidade
	Síntese		Fazer um resumo
Reconhecimento			
Oferecer-se a si			
	Escuta		
	Orientação		
	Redução da distancia		

	Recapitulação		
		Pedir o que se precisa ou deseja	
		Usar a empatia	
		Fornecer informações	
			Estar disponível
			Sugerir colaboração
			Servir de espelho
			Expor novamente

Como se pode verificar pelo quadro nº 5, há técnicas que são simultaneamente referenciadas por vários autores e outras abordadas apenas por um. O facto de não haver unanimidade na forma como as diferentes técnicas são consideradas teoricamente, deixa antever a possibilidade de, na prática, existir também diversidade na forma como os enfermeiros as documentam e as utilizam.

A maneira como os autores especificam as técnicas de comunicação terapêutica, bem como a diversidade que apresentam, podem constituir-se para os enfermeiros num vasto leque de recursos promotores de cuidados individualizados.

Quadro nº 6 – Técnicas de comunicação não terapêuticas

Townsend (2011)	Riley (2004)	Neeb (2000)	Bolander (1998)
Aconselhar	Aconselhamento	Aconselhar	Aconselhar
Rejeitar	Rejeição		Rejeitar
Defender	Defesa		Defender
Fazer comentários estereotipados	Responder com estereótipos		Fazer comentários estereotipados – estereotipar
Introduzir um tópico não relacionado	Mudar de conversa	Mudar de assunto	
Aprovar ou desaprovar		Aprovar/desaprovar	Aprovar / desaprovar
Concordar /discordar		Concordar ou discordar	Discordar
Diminuir os sentimentos expressos		Minimizar/desvalorizar	Minimizar sentimentos expressos
Sondar			Investigar
Pedir uma explicação			Exigir explicação
Utilizar a negação			Usar negação
Interpretar			Interpretar
	Papaguear		Papaguear
	Acalmar		Tranquilizar
		A palavra porquê	Interrogar
Reafirmar			

Indicar a existência de uma fonte exterior de poder			
	Julgar		
	Paternalismo		
	Não escutar		
	Colheita inadequada de dados		
		Falsa segurança	
		Dar resposta ao colocar a pergunta	
		Perguntas fechadas	
			Desafiar
			Testar
			Mostrar a existência de um recurso externo
			Responder literalmente
			Racionalizar os sentimentos expressos

Através do quadro nº 6, verifica-se que, tal como acontece para as técnicas terapêuticas, não há unanimidade dos autores quanto às técnicas de comunicação não terapêuticas.

A especificação minuciosa com que os autores apresentam as técnicas de comunicação não terapêuticas, pode revelar-se de grande importância para os enfermeiros, ajudando a que estes se centrem mais rapidamente nos aspetos que favorecem uma comunicação adequada e eficaz.

Como se tem vindo a defender e a fundamentar, o sucesso da comunicação que o enfermeiro estabelece com as pessoas que cuida tem que ser garantido por este, e não é uma questão de sorte ou azar. É, para tal, fundamental que o enfermeiro conheça e utilize em cada situação de cuidados, intencionalmente, as técnicas ou estratégias mais adequadas a cada objetivo. Trata-se de técnicas verbais e não-verbais utilizadas pelo enfermeiro para responder às necessidades do indivíduo e acelerar a promoção da cura e de mudanças (Townsend, 2011). Só desta forma será assegurada a dimensão terapêutica da comunicação, a prestação de cuidados personalizados e a satisfação global da pessoa cuidada.

Assim, neste trabalho, mobilizam-se as técnicas de comunicação terapêuticas e não terapêuticas apresentadas por Bolander (1998).

II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1 – CONTEXTUALIZAÇÃO METODOLÓGICA

Num percurso de investigação, esta é uma etapa fundamental pois é nela que o investigador determina os métodos a utilizar para obter respostas para as questões de investigação colocadas (Fortin, 2003), por forma a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados. Neste capítulo pretende-se, a partir do problema, dos objetivos e finalidade, descrever o percurso efetuado neste processo, pois o alcance do estudo depende do desenho da investigação (Gómez, 2006).

1.1 – DESENVOLVIMENTO DO ESTUDO

Qualquer pesquisa tem início numa ideia, ainda que as ideias iniciais possam ser vagas e careçam de uma análise cuidadosa para que venham a constituir-se em projetos estruturados (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006). A ideia para este estudo surge, assim, de um percurso de reflexão há muito iniciado, algumas vezes discutido com colegas, professores de enfermagem e enfermeiros da prática clínica, e de forma especial neste percurso com o professor orientador.

A área da comunicação bem como a sua relevância nos cuidados de enfermagem foi inicialmente identificada. Nesta fase, a revisão da literatura assume também um papel principal, pois irá continuar a permitir situar o estudo no contexto, fazer a relação com o problema de investigação e simultaneamente dar sentido ou torna-se parte da sustentação das opções que vão sendo tomadas (Coutinho, 2011).

Numa fase inicial do estudo realizou-se um trabalho preliminar, no sentido de obter informação que permitisse sustentar de forma mais efetiva opções seguintes, nomeadamente o problema de investigação, ou seja, ter em conta a importância da legitimação (disciplinar) tornando pertinente o seu estudo, numa perspetiva científica.

Partiu-se da premissa que a inclusão das temáticas comunicação e/ou comunicação terapêutica na oferta formativa das escolas superiores de enfermagem/saúde para a área de enfermagem, bem como, a sua presença em classificações utilizadas pelos enfermeiros se constituiria como indicador

importante da sua relevância para a enfermagem, conferindo assim maior pertinência ao estudo principal – comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros.

Apresenta-se, em cada capítulo, primeiro os aspetos referentes ao trabalho preliminar e posteriormente ao estudo principal.

1.2 – TRABALHO PRELIMINAR

Numa fase inicial do estudo, como referido anteriormente, procedeu-se a um trabalho preliminar com o objetivo de identificar as temáticas comunicação e/ou comunicação terapêutica em planos de estudo no âmbito da formação dos enfermeiros e em classificações utilizadas pelos enfermeiros para registar/dizer a comunicação em enfermagem.

Trata-se de uma fase exploratória, que fundamentou e permitiu avançar de forma mais sustentada para o estudo principal, uma vez que o início do estudo, neste caso fase preliminar, foi determinado pelo sentido que o pesquisador lhe deu e se pensarmos numa pesquisa sobre um tema já estudado, mas dando-lhe uma perspetiva diferente, o estudo pode ser iniciado como exploratório (Gómez, 2006; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

Nesta etapa as questões que orientaram o trabalho efetuado foram as seguintes:

- Será que a comunicação e/ou comunicação terapêutica se encontram documentadas de forma explícita nos planos de estudos das escolas superiores de enfermagem/saúde para a área de enfermagem?

- Será que a comunicação e/ou comunicação terapêutica se encontra de forma explícita em classificações utilizadas pelos enfermeiros?

As populações constituíam-se para esta fase respetivamente em:

- os planos de estudos que integram a oferta formativa das escolas superiores de enfermagem / saúde para a área de enfermagem;

- classificações utilizadas pelos enfermeiros.

Tendo havido necessidade de constituir uma amostra e tendo em conta o objetivo delineado, constituiu-se uma amostra não probabilística ou não aleatória, sendo que à partida a probabilidade de um determinado elemento pertencer à amostra não é igual à dos restantes elementos (Fortin, 2009; Maroco, 2007).

Utilizou-se uma amostra não probabilística acidental ou de conveniência, que consiste em escolher indivíduos facilmente acessíveis de acordo com determinados critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Assim, nesta fase e de acordo com o descrito anteriormente, foram selecionadas de forma não probabilística e com base numa listagem já construída, 34 escolas superiores de enfermagem/saúde (públicas e privadas, do continente e ilhas), para recolha de informação referente aos planos de estudo.

Procedeu-se igualmente de forma não aleatória e de acordo com o critério: abranger as etapas, diagnóstico, intervenção e resultados do processo de cuidados, à seleção de três classificações utilizadas pelos enfermeiros: classificação das intervenções de enfermagem (NIC), classificação dos resultados de enfermagem (NOC) e classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), versão em uso nas instituições de saúde em Portugal.

Para a recolha de informação, e no que se refere aos planos de estudo que integram a oferta formativa das escolas superiores de enfermagem / saúde para a área de enfermagem, contactaram-se as 34 instituições via e-mail, no dia 4 de Novembro de 2010, tendo sido enviado um pedido de colaboração solicitando, no que diz respeito à oferta formativa na área de enfermagem, informação sobre: os cursos que incluem conteúdos relativos à comunicação; as unidades curriculares onde são lecionados conteúdos sobre comunicação; o número de horas atribuídas a este tema em cada uma dessas unidades curriculares; o número total de horas das respetivas unidades curriculares e os conteúdos específicos sobre comunicação que são lecionados.

A informação foi obtida, por resposta direta à solicitação efetuada, ou na ausência desta, por consulta, através de endereço eletrónico, das páginas das escolas, nos dias 30/12/2010 e 03/01/2011.

Quanto às classificações, para a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), a análise para obtenção da informação centrou-se inicialmente na parte 3 – “A classificação”, e posteriormente em todas as atividades descritas para cada intervenção.

Foram consideradas as atividades em que o termo utilizado no início da formulação da mesma é comunicação ou comunicar, aquelas que não utilizando diretamente estes termos fazem referência a outros, cuja concretização não é

possível se a comunicação não estiver presente (anexo I) e também as atividades cuja formulação apresenta como segundo termo, palavras já consideradas.

Após a etapa descrita, cumpriu-se um segundo nível de análise, em que foram consideradas expressões indicativas de comunicação terapêutica, através da identificação de aspetos caracterizadores da mesma (anexo I). Procedeu-se à leitura da totalidade de cada uma das atividades apresentadas. Foram consideradas apenas aquelas cujo sentido global se enquadra na definição de comunicação terapêutica adotada para o estudo.

Cumpriu-se ainda uma terceira etapa de análise, em que foram considerados para cada intervenção os termos e expressões referidos nas duas etapas anteriores. Salienta-se que cada intervenção foi considerada apenas uma vez.

Quanto à classificação dos resultados de enfermagem (NOC), a análise, numa primeira etapa centrou-se na identificação de resultados cuja formulação incluísse os termos comunicação ou comunicar. Numa segunda etapa, passou-se à leitura dos indicadores apresentados para cada um dos resultados tendo sido considerados os resultados que incluíam os termos/expressões apresentados em anexo (anexo II).

Foi efetuada a leitura de todos os indicadores apresentados para cada resultado; no entanto, todos os que ofereciam dúvidas, quer pela formulação apresentada, quer pelo contexto ou circunstâncias a que se referiam, não foram nesta etapa considerados.

No que se refere à classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), versão 1.0, a análise centrou-se nos eixos “foco”, “recursos” e “ação”. Procedeu-se a uma leitura exaustiva dos termos e expressões apresentados, e das respetivas especificações. Foram considerados os termos/expressões que se apresentam em anexo (anexo III).

1.3 – ESTUDO PRINCIPAL

1.3.1 – Objetivos e finalidade

Os objetivos, ou seja, os enunciados que indicam o que o investigador tem intenção de fazer no decurso do estudo (Fortin, 2003) podem ser considerados as

orientações do estudo, pelo que é fundamental tê-los em mente ao longo de todo o desenvolvimento do trabalho (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

São objetivos deste estudo:

Objetivo geral

- Conhecer a forma como os enfermeiros se posicionam perante a utilização da comunicação terapêutica na prestação de cuidados.

Objetivos específicos

- Identificar técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros;
- Identificar técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros;
- Caracterizar os itens que integram a comunicação terapêutica;
- Identificar diagnósticos e intervenções que requerem a utilização de comunicação terapêutica;

O presente estudo tem como **finalidade** contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem no que se refere à utilização da comunicação, garantindo nas mais diversas situações de cuidados a sua dimensão terapêutica.

1.3.2 – Tipo de estudo

Desenhar um projeto de investigação passa pelo tipo de estudo, uma vez que a cada tipo de estudo corresponde um desenho, e de acordo com este serão definidas as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação (Fortin, 2003).

Tendo por base os objetivos e tendo em conta a operacionalização do estudo, optou-se por um enfoque quantitativo, que tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, podendo oferecer simultaneamente a possibilidade de generalizar os resultados (Fortin, 2003). Este permite “utilizar a colheita e análise de dados para responder às questões de pesquisa e confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população” (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p. 5).

Na medida em que se pretende desenvolver, esclarecer conceitos e ideias, podendo também permitir a obtenção de novos conhecimentos (Fortin, 2009), e uma vez que quando se trata de uma pesquisa sobre um tema já estudado, mas

dando-lhe uma perspetiva diferente, o estudo pode ser considerado exploratório (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006), considera-se assim que este é um estudo exploratório. A ideia principal num estudo exploratório é obter um conhecimento mais amplo sobre o problema em estudo, captar uma perspetiva geral do mesmo podendo ter como propósitos, entre outros, aumentar o conhecimento a respeito do problema e aclarar conceitos (Namakforoosh, 2005).

Trata-se um estudo descritivo dado que visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes ou categorizar a informação, sendo utilizado quando existe pouco conhecimento sobre um determinado assunto (Fortin, 2009; Burns & Grove, 2005). Este, pode apresentar como objetivo principal explorar e descrever padrões de um evento de interesse nas populações, procurando especificar as propriedades, as características de pessoas, grupos ou outros fenómenos que se submetam a análise e ainda, ampliar estudos já existentes (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

Num estudo descritivo selecionam-se questões e recolhe-se informação sobre cada uma delas para se descrever com detalhe o que se investiga. Servem para dizer como é e como se manifesta o fenómeno de interesse (Gómez, 2006).

As pesquisas descritivas fazem-se à luz dos conhecimentos já existentes, procurando descrever uma situação, analisar, interpretar e relacionar fenómenos, e podem trazer novos dados ao conhecimento científico (Sousa, 2006).

Como os dados vão ser recolhidos num único tempo, considera-se que o estudo é de modelo de pesquisa transversal (Fortin, 2009; Sampieri, Collado, & Lucio, 2006).

Trata-se, assim, de um estudo de enfoque quantitativo, exploratório, descritivo, e transversal.

1.3.3 – Questões de investigação

As questões de investigação surgem no percurso investigativo e conduzem à formulação do problema. Considerou-se, na sua formulação, como afirma Fortin (2009), que se trata de perguntas explícitas respeitantes a um tema do estudo que se deseja examinar, com vista ao desenvolvimento do conhecimento existente.

Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), é vantajoso formular por meio de várias questões o problema a ser estudado, considerando que as questões deverão resumir o que haverá de ser a pesquisa. Sugerem ainda os autores referidos que a formulação de mais que uma questão permite abranger diversos aspetos do problema a ser pesquisado, constituindo-se num orientador importante das respostas a que conduzirá a pesquisa.

Assim as questões formuladas são as seguintes:

- Será que os enfermeiros utilizam as técnicas de comunicação na prestação de cuidados?
- Como caracterizam os enfermeiros a comunicação que utilizam?
- Quais as técnicas de comunicação terapêutica que os enfermeiros utilizam para prestar cuidados?
- Quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica?

1.3.4 – População / amostra

Uma população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies ou processos) com características comuns.

A população estudada, designada população alvo, é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características comuns (Fortin, 2009, p. 69). Como raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade, examina-se a população acessível. A população acessível é a porção da população alvo a que se pode aceder.

Deste modo, a população deste estudo é constituída por todos os enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros, 65.872 de acordo com os dados da OE (2014).

A população acessível, ou seja, aqueles a que se pode aceder, correspondem aos enfermeiros inscritos na OE que foram notificados pela mesma ou que de qualquer outra forma receberam informação sobre o *link* de acesso ao questionário, ou ainda que consultaram a página da OE durante o mês de novembro de 2013, onde este se encontrava alojado.

Os participantes do estudo e de acordo com o critério definido - ser enfermeiro e estar inscrito na OE, constituíram-se numa amostra não

probabilística accidental ou de conveniência que consiste em escolher “indivíduos pela sua presença num local determinado e num preciso momento” (Fortin, 2009, p. 321).

O questionário realizado online esteve disponível durante o mês de novembro de 2013 para todos os enfermeiros. Constituiu-se desta forma, uma amostra não probabilística intencional, composta por 448 enfermeiros.

Apresentando um valor baixo em termos de taxa de resposta face à dimensão do universo real, considera-se no entanto que a quantidade e qualidade das respostas recolhidas garantem pertinência analítica e validade aos resultados empíricos encontrados. A este propósito afirmam Ghiglione & Matalon (2001), é raro trabalhar-se com uma amostra perfeitamente representativa, que nunca é exatamente aquela que se tinha previsto, o que torna necessário substituir a noção global de representatividade por uma noção mais ampla, a de adequação da amostra aos objetivos estabelecidos.

1.3.5 – Variáveis

As variáveis são apresentadas por Fortin (2009), como unidades de base da investigação. Podem ser “qualidades, propriedades ou características de pessoas, objetos, de situações suscetíveis de mudar ou variar no tempo” (Fortin, 2009, p. 171). Podem ser toda a característica ou propriedade dos sujeitos ou objetos que pode adotar valores diferentes (Boubeta & Mallou, 2008).

A variável que o investigador deseja explicar considera-se a variável dependente (ou de critério), e a variável que se espera que explique a mudança da variável dependente é referida como a variável independente (ou preditora). (Boubeta & Mallou, 2008; Namakforoosh, 2005).

Fortin (2009) faz também referência às variáveis atributo que são características pré-existentes dos participantes num estudo.

Definiram-se para este estudo:

Variáveis atributo

Idade, estado civil, área científica da habilitação académica, área em que possui mais experiência, área geográfica onde trabalha, instituição onde exerce atividade, área de especialização pela ordem dos enfermeiros.

Variáveis independentes

Sexo, habilitações académicas, ter o título de especialista pela ordem dos enfermeiros (adiante designado título de especialista), categoria profissional, área em que exerce atualmente (adiante designada atividade atual), tempo de exercício profissional.

Variáveis dependentes

Aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica.

Técnicas de comunicação e de comunicação terapêutica e aspetos caracterizadores das mesmas.

1.3.6 – Colheita de dados

1.3.6.1 – Procedimentos de recolha de dados

Tratando-se de um estudo quantitativo e no sentido de abranger o maior número de enfermeiros possível, solicitou-se a colaboração da OE para esta fase no sentido da divulgação do link (endereço eletrónico) de acesso ao questionário, assim como a colocação do mesmo na página da OE para acesso ao questionário por parte dos enfermeiros. Foi obtida resposta positiva (anexo IV) e, portanto, efetivada a colaboração da OE nesta etapa do estudo.

1.3.6.2 – Instrumento de colheita de dados

Uma vez chegados à etapa de colheita de dados, e de acordo com Sampieri, Collado, & Lucio (2006), é necessário selecionar ou desenvolver um instrumento de colheita de dados, aplicar o referido instrumento para colher dados e preparar os dados recolhidos para que sejam corretamente analisados.

Não tendo encontrado um instrumento que permitisse recolher dados específicos sobre as variáveis em estudo, e tendo em conta, como afirma (Coutinho, 2011), que o desenvolvimento do instrumento de colheita de dados pode fazer parte do processo de investigação em si, construiu-se o questionário a utilizar.

O instrumento de colheita de dados será assim o questionário que consiste, segundo Sampieri, Collado, & Lucio (2006), num conjunto de questões relacionadas com uma ou mais variáveis a serem medidas.

Para desenvolver um instrumento de medida é necessário conhecer muito bem a variável que se pretende medir e a teoria que a sustenta (Sampieri, Collado, & Lucio, 2006, p. 292), tendo em conta que este é a tradução dos objetivos da investigação e das perguntas específicas (Namakforoosh, 2005).

Na construção do questionário consideram-se as etapas descritas por Fortin (2009): 1 - determinar a informação a recolher, tendo em conta os objetivos e as questões de investigação; 2 – constituir um banco de questões; 3 – formular as questões; 4 – ordenar as questões; 5 – submeter o esboço do questionário à revisão; 6 – Pré-testar o questionário; 7 – redigir a introdução e as diretrizes.

Tendo em conta os aspetos supracitados, a construção do esboço do questionário foi precedida por uma revisão da literatura, tendo-se explicitado no mesmo, sempre que considerado necessário, os autores que serviram de sustentação às opções tomadas. Foi a partir deste esboço que se trabalhou nas fases seguintes para um contínuo aperfeiçoamento do mesmo.

Quanto às etapas 3 e 4, e tendo como opção criar um questionário misto, com perguntas abertas e fechadas, teve-se em conta na formulação dos enunciados aspetos como: serem facilmente compreensíveis, claras e concisas, permitir obter respostas claras, apenas uma ideia em cada questão, definição clara dos termos técnicos (Fortin, 2009). As questões foram ordenadas de acordo com os temas, das mais gerais para as mais específicas, e as questões abertas foram colocadas no final como defende Fortin (2009).

Cumpriu-se igualmente a etapa de submeter o esboço do questionário à revisão, pois considera-se fundamental “saber se o instrumento que pretendemos utilizar numa investigação nos dá garantias da qualidade informativa dos dados recolhidos, ou seja, se queremos que os resultados da investigação sejam válidos, os dados em que estes se baseiam terão de ser fiáveis” (Coutinho, 2011, p. 109).

A usabilidade é também apontada como característica importante dos instrumentos, por alguns autores, e refere-se a aspetos práticos considerados numa lógica dos utilizadores, nomeadamente facilidade de aplicação, tempo requerido para aplicação, facilidade de standardização dos resultados, facilidade de correção e de interpretação, custo, suportes informáticos para o tratamento

das respostas (Almeida & Freire, 1997, citados por Coutinho 2011), aspetos tidos em conta neste estudo.

O esboço inicial do questionário incluía os seguintes domínios, cada um contendo um grupo de questões:

- 1- Dados de caracterização pessoal e profissional.
- 2- Aspetos caracterizadores da comunicação.
- 3- Técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas.
- 4- Comunicação: técnicas terapêuticas e técnicas não terapêuticas.
- 5- Condições para o estabelecimento de comunicação terapêutica
- 6- Atitudes do enfermeiro.
- 7- Diagnósticos de enfermagem.
- 8- Intervenções de enfermagem.

Construído o esboço inicial, iniciou-se o processo de validação do seu conteúdo, considerando que a validade de conteúdo é fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumentos de medida (Alexandre & Coluci, 2011). Alguns autores referem-se à avaliação por peritos como forma de proceder à validade de conteúdo.

Alexandre e Coluci (2011), por sua vez, aludem à validação de conteúdo como um processo composto por duas partes. A primeira refere-se ao desenvolvimento do instrumento, e a segunda à validação por especialistas.

Quanto ao questionário garantiu-se uma primeira etapa de desenvolvimento do mesmo, baseada “em pesquisa bibliográfica e consulta dos estudos na área” (Alexandre & Coluci, 2011, p. 3063), tendo desta forma, como referido anteriormente, cumprido também as três fases identificadas: identificação dos domínios, formação dos itens e construção do instrumento.

Procedeu-se então, nesta sequência, à avaliação por especialistas, peritos.

Na literatura não foi encontrada unanimidade quanto ao número de especialistas a mobilizar nesta etapa; no entanto, Lynn, citado por Alexandre e Coluci (2011), recomenda um mínimo de 5 e um máximo de 10 pessoas participantes neste processo.

Foram contactados assim, inicialmente, 10 juízes selecionados de acordo com os seguintes critérios: grau académico de doutor, experiência de pelo menos dois anos na área da saúde/enfermagem ou como investigador na área da

comunicação, uma vez que, de acordo com Carvalho et al (2008), a experiência parece influenciar no estilo de tomada de decisão, ou seja, os peritos apresentam raciocínio clínico distinto dos que têm menos experiência, considerando-se o tempo mínimo de dois anos para quem está no intervalo entre iniciado e perito.

Dos 10 juízes contactados, 8 aceitaram colaborar.

Foi assim enviado a cada um a proposta de questionário construída. No entanto, apenas nos foi remetida apreciação por 7 juízes.

Analisou-se a resposta de cada um e, nesta fase, foram incluídas todas as sugestões efetuadas, quer fossem de âmbito transversal como: eliminar os itens que direta ou indiretamente apresentavam repetições; retirar as notas de rodapé; manter ao longo do instrumento a utilização de um dos termos utilizados para identificar o sujeito de cuidados (cliente, utente ou pessoa) utilizado indiferentemente e que se passou a designar de Pessoa; colocar as questões abertas no final para não cortarem a atenção. Não se efetuaram alterações quando as sugestões se referiam a expressões ou termos cuja utilização estava fundamentada nos autores mobilizados e identificados no texto.

Por sugestão de dois peritos incluiu-se, no item técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas, a definição dos conceitos com referência ao respetivo(s) autor(es), não por falta de clareza nas questões, mas por se considerar importante que todos os inquiridos respondessem tendo por base os mesmos conceitos gerais que, como se sabe, diferem de autor para autor.

Após a introdução das alterações sugeridas, reenviou-se o questionário, solicitando de novo a apreciação dos peritos.

O questionário obteve nesta etapa a concordância dos peritos, não tendo sido introduzidas outras alterações.

Pré teste do questionário

Apesar do desenvolvimento do questionário ocorrer de forma criteriosa, conforme descrito, é importante nesta última etapa rever os aspetos individuais e gerais do mesmo. Antes de aplicar o questionário deve-se testar para identificar possíveis falhas. Para tal, deve utilizar-se uma pequena amostra da população em estudo, entre 10 a 20 pessoas, aplicá-lo e medir o grau de compreensão e possíveis alterações do questionário (Fortin, 2009; Namakforoosh, 2005).

Aplicou-se então, ainda em suporte de papel, o questionário a enfermeiros inscritos na Ordem dos Enfermeiros Portugueses, condição para pertencer à população do estudo. Participaram nesta fase, 12 enfermeiros.

O grupo de respondentes, nesta fase, inclui enfermeiros do sexo feminino e masculino, com o grau de licenciatura e mestrado, detentores do título de especialista pela OE e não detentores deste título, enfermeiros da prática clínica e enfermeiros da prática docente.

Solicitou-se que respondessem ao questionário e anotassem ao longo do mesmo, ou em folha própria cedida por nós, o tempo de preenchimento e todas as dúvidas e sugestões.

Na recolha dos questionários preenchidos houve a oportunidade de falar com os respondentes sobre a apreciação global ou específica do mesmo. Não houve aspetos a acrescentar ao que vinha referido por escrito, apenas alguns quiseram explicitá-lo verbalmente.

Todos os inquiridos responderam a todas as questões.

A análise dos questionários respondidos nesta etapa não trouxe necessidade de introduzir alterações de base, nem de estrutura nem de conteúdo. Introduziram-se as alterações sugeridas e que tinham a ver com falhas na numeração e termos repetidos, todos eles nesta fase corrigidos.

O questionário final, e após as correções efetuadas ao longo deste processo, inclui questões relacionadas com os seguintes aspetos:

- Dados de caracterização pessoal e profissional
- Aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica
- Técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas
- Comunicação: técnicas terapêuticas e técnicas não terapêuticas
- Atitudes do enfermeiro
- Diagnósticos de enfermagem
- Intervenções de enfermagem

Trata-se, como já referido, de um questionário misto com questões fechadas, de escolha múltipla, abertas e escalas de Likert com 5 cinco posições indicadas, cujos extremos foram o “concordo totalmente” e o “discordo totalmente”

Utilizando as potencialidades das novas tecnologias que permitem introduzir formas diversas de inquirição, permitindo que o processo de recolha de

dados se torne mais célere e menos oneroso, e para chegarmos mais rapidamente a um número o mais vasto possível de enfermeiros, optou-se pela aplicação online do questionário (anexo V).

As vantagens desta técnica prendem-se sobretudo com a velocidade de recolha de respostas (através da sua criação online e divulgação do respetivo link para preenchimento imediato), a redução de custos (nomeadamente de reprografia e de envio postal) e de trabalho (ao permitir a alocação das respostas diretamente numa base de dados, evitando o processo de inserção manual dos dados por parte do investigador).

No entanto, apesar da sua facilidade, esta técnica apresenta fragilidades que implicam um maior controlo por parte do investigador, nomeadamente no que diz respeito a quem a ele tem acesso e à qualidade das respostas daí resultantes.

Partiu-se do princípio que, instituindo a OE como veículo principal de apresentação e informação sobre o estudo, todos os enfermeiros (e apenas eles) teriam acesso ao questionário.

1.3.7 – Previsão do tratamento e análise dos dados

A organização e tratamento estatístico dos dados foram efetuados com recurso ao programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, e, prevê-se recorrer à análise de conteúdo para os dados que pelas suas características o sugiram, nomeadamente, os que resultarem das questões abertas.

Relativamente ao tratamento estatístico, procedeu-se a uma análise descritiva com base na distribuição das respostas pelas categorias de todas as variáveis, numa análise comparativa entre variáveis sempre que se justificou.

Para entender melhor os sentidos de resposta, recorreu-se também a cruzamentos para uma análise bivariada, permitindo perceber como a informação sobre os posicionamentos dos respondentes face aos diferentes aspetos se distribui face às variáveis independentes.

Por forma a confirmar a associação entre as variáveis, utilizou-se o teste V de Cramer, sendo que a leitura dos resultados é suportada e fundamentada a partir dos resultados tendo como valores de referência o da significância (entre 0,000 e 0,050 para despesa da significância estatística da relação), e o do “test

value” (superior a 0,3 para análise da potência da associação, considerando-a como forte) (Maroco, 2007).

Tendo-se observado uma recorrência de respostas relativamente às técnicas de comunicação e à sua utilização, e, às técnicas terapêuticas e não terapêuticas utilizadas pelos enfermeiros, procedeu-se a uma **análise multivariada**. O objetivo foi o de procurar ler os dados (alguns) no seu conjunto e não faseadamente como a análise univariada e bivariada permite. Nesse sentido, a Análise de Correspondências Múltiplas, operacionalizada através do SPSS, é um método «particularmente apropriado à abordagem simultânea de múltiplos indicadores e ao tratamento de variáveis qualitativas» (Carvalho, 2008 p. 14) como é o nosso caso.

Para melhor compreender os sentidos de resposta dos inquiridos, submeteram-se as afirmações «utilizo o/a... (cada técnica) para responder a uma necessidade minha» e «utilizo o/a...(cada técnica) intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» (afirmações comuns às 10 técnicas de comunicação em estudo) a análise multivariada de correspondências múltiplas. Aplicou-se também, a análise multivariada de correspondências múltiplas, a 24 técnicas assinaladas pelos inquiridos como técnicas utilizadas pelos enfermeiros para estabelecer comunicação terapêutica.

Para a realização da Análise de Correspondências Múltiplas procedeu-se à seleção das variáveis ativas e das suplementares (ou passivas). Segundo Carvalho (2008), existem variáveis com estatutos distintos do ponto de vista da sua intervenção na análise dos dados, sendo que essa diferenciação corresponde a um papel ativo ou passivo que as variáveis têm na análise.

Como variáveis suplementares para a análise consideraram-se as independentes, designadamente: sexo, habilitações académicas, título de especialista, categoria profissional, tempo de exercício profissional e atividade atual.

Como variáveis ativas selecionaram-se, respetivamente, as afirmações «utilizo o/a... (cada técnica) para responder a uma necessidade minha» e «utilizo o/a...(cada técnica) intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» (afirmações comuns às 10 técnicas de comunicação em estudo); e, 24

técnicas assinaladas pelos inquiridos como técnicas utilizadas para estabelecer comunicação terapêutica.

As 24 técnicas foram selecionadas de acordo com o critério, existência de menos de 80% de concordância com as mesmas. Assim, foram submetidas a análise multivariada às seguintes técnicas: pedir esclarecimento, procurar validação consensual, proporcionar pistas gerais, fazer uma observação, traduzir em sentimentos, encorajar a comparação, verbalizar dúvida, confrontar com a realidade, rejeitar, defender, fazer comentários estereotipados/estereotipar, aprovar, desaprovar, discordar, interrogar, investigar, desafiar, testar, exigir explicação, minimizar sentimentos expressos, responder literalmente, usar negação, racionalizar os sentimentos expressos e interpretar.

Foram mobilizadas as respostas procedendo à sua dicotomização. Colocou-se de um lado as respostas «concordo» e «concordo totalmente» e do outro os indecisos, os «discordo» e os «discordo totalmente».

A partir das posições calculadas para os respondentes em função das suas respostas, procedeu-se a uma classificação em perfis (clusters) que agregam respondentes com posições similares e simultaneamente os distinguem de outros com posições distintas. Foram assim, encontrados perfis onde existe uma predominância específica de determinados atributos ou características, demarcando-se dos demais perfis.

Esta etapa permitiu estabelecer uma relação entre os resultados obtidos, as questões de investigação e os objetivos do trabalho.

1.4 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Construir um capítulo sobre as considerações éticas pode considerar-se um espaço privilegiado para refletir sobre os aspetos éticos a ter em conta nas diferentes etapas do processo de investigação.

A ética em investigação remete para a qualidade dos procedimentos ao longo de todo o percurso de investigação, desde a seleção da técnica mais adequada até à pertinência e validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento (Nunes, 2005).

Desta forma, pode afirmar-se que conhecer e ter em conta os requisitos éticos que devem ser respeitados numa investigação, bem como assegurar o seu

cumprimento, deve ser um objetivo primordial para quem desenvolve um trabalho de investigação, de forma especial quando seres humanos estão envolvidos.

De acordo com Fortin (2009), são sete os princípios éticos baseados no respeito pela dignidade humana a ter em conta numa investigação com seres humanos: o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, o respeito pelos grupos vulneráveis, o respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais, o respeito pela justiça e pela equidade, o equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a redução dos inconvenientes, e a otimização das vantagens. Considerando à partida a importância de todos eles explicita-se, a seguir, aqueles que, de acordo com o estudo em causa, assumem maior relevância.

O respeito pelo consentimento livre e esclarecido assenta no princípio de que a pessoa tem capacidade de decidir por ela própria, o que implica que esta obtenha a informação essencial para tomar essa decisão. Ainda relevante neste aspeto é a possibilidade de que a pessoa possa, se assim o desejar, cessar a sua participação no estudo (Fortin, 2009). Estes princípios foram garantidos neste estudo, uma vez que houve a preocupação de incluir estas informações. Foi também incluído contacto e explicitada a disponibilidade para qualquer esclarecimento considerado necessário. Tratando-se de um questionário aplicado online, a primeira questão, de preenchimento obrigatório, destinou-se a obter por parte de cada pessoa a explicitação do seu consentimento, pois só após este a pessoa poderia prosseguir no preenchimento do mesmo.

O respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais envolve o direito à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade. A preocupação com estas questões, e tratando-se de uma colheita de dados online, fez com que um dos critérios de seleção da plataforma a utilizar fosse a descrição da sua política de segurança dos dados e de garantia de confidencialidade dos mesmos, estando assim garantida a gestão de todas as informações cedidas pelos participantes, e de modo especial a sua identidade.

O respeito pela justiça e pela equidade implica a obrigação de não estabelecer nenhuma discriminação entre as pessoas ou grupos que participam na investigação (Fortin, 2009). Este aspeto foi garantido na medida em que ao

longo de todo o processo de investigação, esteve presente, em todas as decisões, o respeito pelos participantes.

Otimização das vantagens é uma responsabilidade ética para qualquer investigador ainda que se trate de um estudo que à partida não põe em causa o princípio da beneficência. Assim, é nosso dever enquanto investigador que os resultados do presente estudo se constituam numa mais-valia ao nível da prestação de cuidados de enfermagem e, portanto, num bem maior para as pessoas cuidadas.

Para que seja garantido o respeito pelos direitos humanos, os projetos de investigação são ainda submetidos à apreciação de uma comissão de ética de investigação que tem geralmente uma constituição multidisciplinar e que avalia a ética dos projetos de investigação.

O projeto do presente estudo, foi submetido à avaliação da Comissão de Ética do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, que emitiu parecer positivo (anexo VI).

1.5 – LIMITAÇÕES DO ESTUDO

As limitações de um estudo são restrições que podem fazer diminuir a credibilidade e a generalização dos resultados (Burns & Grove, 2005). Estas podem ser de diferente natureza, e identificá-las e refletir sobre elas só faz sentido para as transformar em oportunidades de aprendizagens e/ou em melhorias futuras.

Assim, identificam-se como limitações deste estudo:

- O facto de, apesar de se tratar de um tema específico, o seu grau de abrangência e o conhecimento teórico existente, terem tornado mais difícil a seleção de conteúdos e a construção do instrumento de colheita de dados que, na tentativa de que fosse integrador dos diferentes aspetos, ficou um pouco extenso;
- Não termos encontrado outros estudos que permitissem alguma comparação de dados e de resultados;
- O facto da divulgação do link para acesso ao questionário, alojado na página da OE, não ter chegado a todos os enfermeiros inscritos na mesma;
- Ser uma amostra não probabilística, apesar de em relação às variáveis sexo, idade (no que se refere aos grupos etários situados entre os 26 e os 45

anos e 51-55 anos), e área de especialização em enfermagem (na comunidade, saúde infantil e pediátrica e médico cirúrgica), a distribuição dos respondentes seguir a tendência do universo, de acordo com os dados da OE (2014);

- O número de enfermeiros que responderam ao questionário, que não permite extrapolar os resultados para a população, sendo no entanto importante referir que, apesar de não se prever a generalização dos resultados, estes podem ser transferíveis, pois a transferibilidade é a probabilidade dos resultados terem significado para outros em situações semelhantes (Streubert & Carpenter, 1999);

- O facto de não existir “controlo” sobre os respondentes, podendo ter havido um maior número de respostas dos que estavam mais sensibilizados para a temática.

Apesar das limitações apresentadas e eventualmente de outras, considera-se que o presente estudo acrescenta ao conhecimento do estado da arte mais-valias importantes no que se refere à utilização da comunicação terapêutica pelos enfermeiros.

2 – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

2.1 – TRABALHO PRELIMINAR

Numa fase inicial foi solicitada às escolas informação referente à oferta formativa na área de enfermagem, no entanto, os resultados que se apresentam são referentes ao curso de licenciatura em enfermagem por ter sido apenas aos planos de estudo destes que transversalmente se acedeu.

Assim, a informação foi obtida para 82% (28) das escolas inicialmente contactadas, 50% das quais por via eletrónica e 32% por resposta direta ao pedido enviado. Em 18% (6) das escolas não houve acesso a qualquer informação, por não se ter obtido resposta à solicitação efetuada e por esta não se encontrar disponível, nas respetivas páginas web, nos dias referidos.

Apresenta-se no quadro nº 7, a síntese da informação obtida, quanto à identificação de comunicação, nos planos de estudo do curso de enfermagem do 1º ciclo.

Quadro nº 7 - Aspetos relativos à comunicação identificados nos planos de estudo do curso de enfermagem, 1º ciclo

Informação disponível	N	%	Identificação de comunicação
Conteúdos das unidades curriculares	13	46	Todas incluem conteúdos referentes à comunicação
Designação das unidades curriculares	15	54	7 (47%) - a designação remete diretamente para a área da comunicação
Total	28	100	
Conteúdos e designação de unidades curriculares	20	71	Em 20 (71%) das escolas há unidades curriculares e/ou conteúdos que remetem para a área da comunicação.

Como se pode verificar pelo quadro nº 7, apenas em 47% das unidades curriculares, em que se acedeu à respetiva designação, se identificou a presença explícita da comunicação.

Em todas as escolas em que foi possível consultar os conteúdos das diferentes unidades curriculares, identificaram-se conteúdos referentes à comunicação. Os conteúdos, relativos à comunicação, nem sempre são

leccionados em unidades curriculares cuja designação incluía alusão expressa à temática em si.

Os dados apresentados permitem afirmar que em 71% (20) das escolas, e no que se refere ao curso de licenciatura em enfermagem, se encontraram nos respetivos planos de estudo, unidades curriculares e/ou conteúdos com referência explícita à comunicação. Apenas pontualmente se encontraram conteúdos com referência a comunicação terapêutica.

Quanto às classificações utilizadas pelos enfermeiros e no que se refere à classificação das intervenções de enfermagem (NIC), partir das 486 intervenções classificadas, e, considerar na formulação das atividades para cada intervenção os termos ou expressões anteriormente referidos (anexo I), permitiu identificar a presença de comunicação.

Apresentam-se no quadro nº 8, os resultados obtidos em cada etapa de análise efetuada.

Quadro nº 8 - Aspetos relativos à comunicação identificados na classificação das intervenções de enfermagem (NIC)

Etapas de análise	N	%	Aspetos identificados
Etapa 1	401	83	Identificação de comunicação Termos/expressões consideradas (anexo I)
Etapa 2	118	24	Identificação de comunicação terapêutica. Termos/expressões consideradas (anexo I)
Etapa 3	444	91	Identificação de comunicação mais comunicação terapêutica

Como apresentado no quadro nº 8, encontraram-se na classificação das intervenções de enfermagem, de forma expressiva, tanto referências a comunicação como a comunicação terapêutica.

Salienta-se que a comunicação terapêutica, tendo como referência o conceito adotado no estudo, foi identificada em 24% das intervenções classificadas.

Assim, conjugando a primeira e segunda etapas de análise, considerando as intervenções em que está presente a comunicação mais aquelas em que foi

identificada a presença de comunicação terapêutica (contadas apenas uma vez), constatou-se que 91% das intervenções descritas na classificação de intervenções de enfermagem NIC, incluíam alusão a comunicação e/ou a comunicação terapêutica.

Quanto à classificação dos resultados de enfermagem (NOC), partir dos 260 resultados classificados, e, considerar na formulação dos indicadores para cada resultado, os termos ou expressões anteriormente referidos (anexo II), permitiram identificar a presença de comunicação e comunicação terapêutica.

Apresentam-se no quadro nº 9, os resultados obtidos em cada etapa de análise efetuada.

Quadro nº 9 - Aspetos relativos à comunicação identificados na classificação dos resultados de enfermagem (NOC)

Etapas de análise	N	%	Aspetos identificados
1ª etapa	-	-	Na formulação dos resultados não se encontrou qualquer referência a comunicação ou a comunicação terapêutica.
2ª etapa	127	49	Identificação de comunicação e comunicação terapêutica, na formulação dos indicadores para cada resultado (termos /expressões consideradas (anexo II)

Como se verifica pelo quadro nº 9, em 49% dos resultados de enfermagem (NOC), identificou-se, através da descrição dos seus indicadores, a presença de comunicação e ou de comunicação terapêutica.

No que se refere à classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), há referência a comunicação nos eixos: “Foco”, “Recursos” e “Ação”.

Apresentam-se no quadro nº 10, os resultados obtidos para cada eixo.

Quadro nº 10 – Aspetos relativos à comunicação identificados na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE)

Eixos	N	Aspetos identificados
Foco	3	Foram identificadas três referências a comunicação
Recursos	10	Foram identificados 10 recursos, considerados dispositivos de comunicação.
Ação	42	Foi identificada presença de comunicação em 42 das ações apresentadas, considerando os termos de acordo com anexo III, o que representa 20% do total de ações.

Como se pode verificar pelo quadro nº 10, na classificação internacional para a prática de enfermagem foi no eixo Ação que se encontraram mais referências a comunicação. Estas foram identificadas em 20% do total das ações classificadas.

2.2 – ESTUDO PRINCIPAL

A colheita de dados foi, como já referido, feita por aplicação online de um questionário.

Relativamente ao controlo das respostas, esse foi feito *a posteriori*, trabalhando diretamente sobre a base de dados.

Obteve-se uma base de dados inicial com 554 registos. Face a estes, haveria que aferir da qualidade das respostas e, a partir daí, validar as mesmas. Do conjunto de registos, e definidos os critérios de qualidade dos dados, foram excluídos da análise alguns, pelas seguintes razões:

- 12 por não terem qualquer registo em qualquer variável (apenas apresentavam como informação a data de acesso ao inquérito online), e
- 94 por terem preenchido a primeira página do inquérito, correspondente a informações de caracterização, mas não dando informação sobre a sua posição face a qualquer outra questão. Uma vez que o objetivo do estudo não é o de caracterizar os inquiridos, mas antes o de perceber o seu posicionamento sobre diferentes aspetos relativos à comunicação terapêutica, considerou-se que estes registos não obedeciam aos critérios necessários para fazer deles respostas válidas.

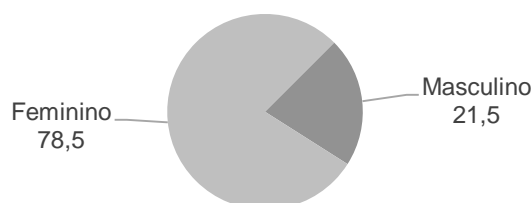
Responderam ao questionário de forma considerada válida, como descrito anteriormente, 448 enfermeiros.

2.2.1 – Dados de caracterização pessoal e profissional

O item dados de caracterização pessoal e profissional inclui as questões 2 a 14 do questionário, que se centram em aspetos que vão permitir a caracterização pessoal e profissional dos respondentes. No entanto, são apresentados apenas os resultados correspondentes às questões 2 a 13, uma vez que a informação recolhida através da questão 14 - contexto onde exerce a atividade, para além de apresentar significativa diversidade no sentido das respostas, parte dessas respostas resultaram iguais às da questão 13 - instituição onde exerce a atividade, pelo que não foi considerada.

Sexo

Gráfico nº 1 – Distribuição dos respondentes por sexo

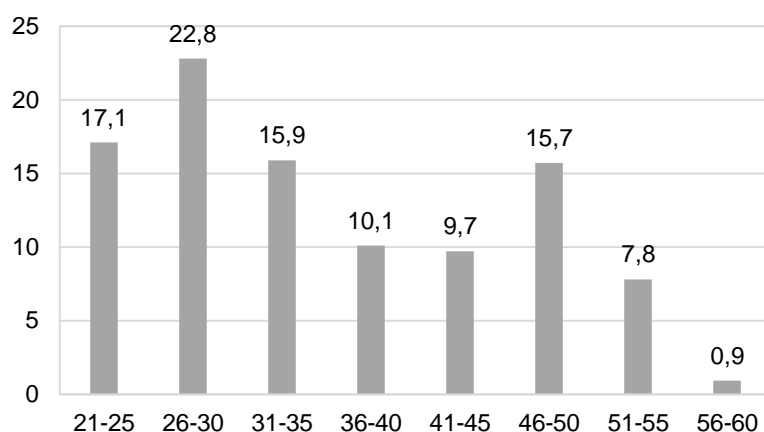


Dos 447 inquiridos que responderam a esta questão, 78,5% são mulheres e 21,5% são homens.

Idade

A idade média dos respondentes é de 35,7 anos. Metade dos respondentes tem até 33 anos (valor da mediana) e a idade mais frequente (moda) é os 30 anos, para um valor mínimo de 21 anos e um máximo de 56 anos. Verifica-se, assim, alguma heterogeneidade em termos etários, o que se traduz num desvio-padrão de 10 anos.

Gráfico nº 2 – Distribuição dos respondentes por grupos etários



De acordo com os dados do gráfico nº 2, os grupos etários mais representados são o grupo dos 26-30 anos com 22,8%, o dos 21-25 anos com 17,1% e os grupos dos 31-35 e 46-50, respetivamente com 15,9% e 15,7%. Têm entre 36 e 40 anos 10,1% dos enfermeiros. Salienta-se tratar-se de uma população jovem, uma vez que 55,8% tem menos de 35 anos.

Estado civil

Tabela nº 1 – Distribuição dos respondentes por estado civil

Estado civil	%
Solteiro(a)	39,0
Casado(a)	45,4
Divorciado(a)/Separado(a)	8,4
Viúvo(a)	,2
União de facto	7,0
N=441	100

A maioria dos enfermeiros é casada (45,4%). A esta situação de conjugalidade juntam-se 7% de enfermeiros em união de facto. Verifica-se, por outro lado, uma elevada percentagem de enfermeiros solteiros (39%).

Habilitações académicas

Tabela nº 2 – Distribuição dos respondentes segundo as habilitações académicas

Habilitações académicas	%
Bacharelato	0,9
Licenciatura	67,5
Mestrado	28,5
Doutoramento	3,1
N=446	100

Quanto às habilitações académicas, 67,5% dos enfermeiros são licenciados, 28,5% têm o grau de mestre e 3,1% são detentores do grau de doutor.

Área científica da habilitação académica

Tabela nº 3 – Distribuição dos respondentes por área científica da habilitação académica

Área científica da habilitação académica	%
Bacharelato em enfermagem	0,9
Licenciatura em enfermagem	68,1
Mestrado em enfermagem	7,3
Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica/ saúde mental	3,6
Mestrado em cuidados paliativos	1,8
Mestrado em gestão	1,8
Mestrado em ética/bioética	1,6
Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica	1,4
Mestrado em enfermagem comunitária	1,4
Mestrado em psicologia	1,1
Mestrado em outras áreas específicas	7,7
Doutoramento em enfermagem	1,4
Doutoramento em outras áreas científicas	1,8
N=439	100

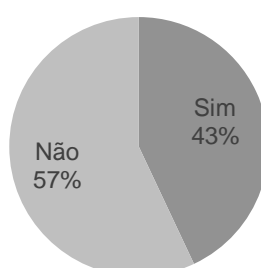
Quanto à área científica da habilitação académica referida pelos enfermeiros, 68,1% são licenciados em enfermagem.

Dos enfermeiros detentores do grau de mestre, salienta-se que 7,3% são mestres em enfermagem. Também nos doutoramentos surge em primeiro lugar o

doutoramento em enfermagem com 1,4%. Salienta-se ainda como importante da análise dos dados (tabela completa (3A) em anexo VII), a diversidade de áreas de formação abrangidas pelos enfermeiros no seu percurso formativo, nomeadamente ao nível de mestrados e doutoramentos.

Título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros

Gráfico nº 3 – Distribuição dos respondentes em função de ter ou não o título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros



A maioria dos respondentes (57%) são enfermeiros de cuidados gerais.

Área de especialização em enfermagem

Tabela nº 4 – Distribuição dos respondentes por área de especialização em enfermagem

Área de especialização em enfermagem	%
Saúde mental e psiquiátrica	26,3
Médico-cirúrgica	17,2
Comunidade	16,1
Saúde infantil e pediátrica	15,1
Reabilitação	12,4
Saúde materna e obstetrícia	11,8
Não especificado	1,1
N=186	100

A área de especialização com maior percentagem de respondentes é a de saúde mental e psiquiátrica (com 26,3%), seguida, com valores percentuais muito

próximos entre si, das áreas de médico-cirúrgica (com 17,2%), comunidade (com 16,1%) e da saúde infantil e pediátrica (com 15,1%).

Categoria Profissional

Tabela nº 5 – Distribuição dos respondentes segundo a categoria profissional

Categoria profissional	%
Enfermeiro(a)	86,9
Enfermeiro(a) Principal	2,3
Assistente	1,4
Professor Adjunto	7,7
Professor Coordenador	1,6
N=427	100

Quanto à categoria profissional, a maior percentagem dos respondentes são enfermeiros (as) 89,2%, e 10,7% são docentes. De salientar que todas as categorias se encontram representadas.

Nas fases seguintes do estudo, e nos cruzamentos com as variáveis independentes, optou-se por se considerar a variável «categoria profissional» organizada em dois grupos: Enfermeiros da prática clínica (Enfermeiro(a) + Enfermeiro(a) principal) e Enfermeiros da prática docente (Assistente + Professor adjunto + Professor coordenador).

Área de atuação profissional

Área em que exerce atualmente

Tabela nº 6 – Distribuição dos respondentes segundo a área de atuação profissional em que exercem atualmente

Área de atuação profissional em que exerce atualmente	%
Prática clínica hospitalar	44,7
Prática clínica em cuidados de saúde primários	14,4
Docência em enfermagem	10,0
Gestão em enfermagem	6,5
Prática clínica em cuidados continuados	4,7
Outro	8,8
Mais do que uma área de atividade	10,9
N=430	100

De acordo com os dados apresentados na tabela nº 6, a maioria dos respondentes 44,7%, exerce a sua atividade ao nível hospitalar e 14,4% em cuidados de saúde primários. 10% dos enfermeiros são docentes, e, 6,5% trabalham na área da gestão.

Salienta-se que 63,8% dos enfermeiros está em contacto direto com a prestação de cuidados de enfermagem.

Considera-se para efeitos de cruzamentos com as variáveis independentes, a variável «área de atuação profissional», organizada em grupos da seguinte forma: prática clínica (prática clínica hospitalar + prática clínica em cuidados de saúde primários + prática clínica em cuidados continuados); Docência (Docência em enfermagem); Gestão (Gestão em enfermagem), Outra e Multiatividade (mais do que uma área de atividade). Adiante é designada, atividade atual.

Área em que possui mais experiência

Tabela nº 7 – Distribuição dos respondentes segundo a área de atuação profissional em que possuem mais experiência

Área de atuação profissional em que possui mais experiência	%
Prática clínica hospitalar	57,3
Prática clínica em cuidados de saúde primários	13,9
Docência em enfermagem	6,1
Prática clínica em cuidados continuados	4,9
Gestão em enfermagem	3,2
Outra	6,8
Mais do que uma área de atividade	7,8
N=410	100

Quanto à área em que possuem mais experiência, a prática clínica hospitalar é assinalada por 57,3% dos enfermeiros, os cuidados de saúde primários por 13,9%. Referem mais experiência na docência 6,1% dos enfermeiros, e 7,8% assinalam mais do que uma área de atividade.

Área geográfica onde trabalha

Tabela nº 8 – Distribuição dos respondentes segundo a área geográfica onde trabalham

Área geográfica onde trabalha	%
Região Norte	22,4
Região Centro	32,0
Região Sul	36,1
Arquipélago dos Açores	2,5
Arquipélago da Madeira	3,2
Outro	3,9
N=438	100

Os enfermeiros inquiridos distribuem-se por todas as áreas geográficas apresentadas, encontrando-se a maior percentagem de respondentes na região sul (com 36,1%), seguida da região centro (com 32%) e da região norte (com 22,4%).

As regiões autónomas da Madeira e dos Açores também se encontram representadas respetivamente por 3,2% e 2,5% dos respondentes. A categoria Outro foi igualmente assinalada por 3,9% dos respondentes que se pensa estarem a desenvolver a sua atividade fora do território nacional.

Tempo de exercício profissional

Quanto ao tempo de exercício profissional, a média é de 13,7 anos, o valor da mediana é de 10 anos, o que significa que metade dos respondentes tem até 10 anos de exercício profissional.

O número de anos mais frequente (moda) é 8 anos, para um valor mínimo de 0 anos (ou seja, aqueles que ainda não estão integrados no mercado de trabalho) e um valor máximo de 42 anos.

Salienta-se a heterogeneidade existente em termos de número de anos de experiência profissional, facto que se reflete num desvio padrão de 9,9 anos.

Tabela nº 9 – Distribuição dos respondentes por grupos em função do número de anos de exercício profissional

Anos de exercício profissional	%
Entre 0 e 5 anos	28,2
Entre 6 e 10 anos	22,2
Mais de 10 anos	49,5
N=448	100

Quanto ao número de anos de exercício profissional, verifica-se que praticamente metade dos respondentes 50,4% se situa até 10 anos, e que 28,2% têm entre 0 e 5 anos de trabalho.

Salienta-se a elevada experiência profissional dos enfermeiros inquiridos com 71,7% a trabalharem há 6 ou mais anos.

Para efeito de cruzamentos com a variável independente «tempo de exercício profissional», considera-se a mesma organizada em dois grupos: até 10 anos inclusive de exercício profissional e mais de 10 anos de exercício profissional. Adiante é designada até 10 anos (de exercício profissional) e mais de 10 anos (de exercício profissional).

Instituição onde exerce atividade

Tabela nº 10 – Distribuição dos respondentes de acordo com a instituição onde exercem atividade

Instituição onde exerce atividade	%
Centro hospitalar / hospital	52,9
Agrupamento de centros de saúde	12,7
Instituto politécnico / escola	10,0
Administração regional de saúde	5,1
Santa Casa da Misericórdia/centro social	3,7
Unidade integrada de prestação de cuidados de saúde	2,2
Clínica	2,0
Unidade de cuidados continuados	2,0
Não especificado	2,0
Outros locais	7,3
N=408	100

Quanto às instituições onde os enfermeiros trabalham, as seguintes são as mais referenciadas: centro hospitalar/hospital por 52,9% dos respondentes, agrupamento de centros de saúde por 12,7% e instituto politécnico/escola por 10%. Assinala-se ainda a diversidade de instituições (tabela completa (10A) em anexo VIII) em que os respondentes desenvolvem a sua atividade profissional, bem como o facto de 1,5% dos enfermeiros se encontrarem desempregados.

2.2.2 – Aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica

Para o item aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica, apresentaram-se aos enfermeiros duas questões (perguntas 15 e 16 do questionário, anexo V), cada uma com várias afirmações, solicitando-se que tendo como referência o desempenho profissional, cada enfermeiro assinalasse o seu grau de concordância com cada uma das afirmações.

Efetuuou-se, para as duas questões, o cruzamento dos resultados referentes às afirmações em que se obteve uma percentagem de concordância inferior a 90%, com as variáveis independentes: sexo, habilitações académicas, título de especialista, categoria profissional, atividade atual e tempo de exercício profissional. Aplicou-se a estes resultados o teste de V de Cramer.

Apresentam-se, em cada questão, apenas os resultados com significância estatística.

Tabela nº 11 – Distribuição dos respondentes segundo o grau de concordância face à expressão «*Em relação à comunicação utilizada pelo enfermeiro, considera que...*»

Em relação à comunicação utilizada pelo enfermeiro, considera que	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
A comunicação terapêutica só é necessária nas intervenções psicoterapêuticas	60,6%	33,6%	1,0%	2,7%	2,2%	100
Toda a comunicação utilizada pelo enfermeiro é comunicação terapêutica	7,5%	30,7%	7,1%	30,2%	24,5%	100

Verifica-se pela análise da tabela nº 11 que 94,2% dos enfermeiros referiram a sua discordância quanto à afirmação «*a comunicação terapêutica só é necessária nas intervenções psicoterapêuticas*», sendo que destes 60,6%, afirmaram discordar totalmente. Em relação à afirmação *toda a comunicação utilizada pelo enfermeiro é comunicação terapêutica*, 38,2% discordaram, no entanto 54,7% dos enfermeiros assinalaram a sua concordância.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e o grau de concordância dos enfermeiros com a expressão «*toda a comunicação utilizada pelo enfermeiro é comunicação terapêutica*», aponta para uma diferenciação de opiniões em função do tempo de exercício profissional (V de Cramer: 0,171; Sig: 0,015), o que indica que há evidência estatística, ainda que com uma associação de fraca intensidade, e que vai no sentido de serem os que possuem mais tempo de exercício profissional, mais de 10 anos, a concordar mais.

Tabela nº 12 – Distribuição dos respondentes segundo a resposta à pergunta:
«*para ser terapêutica a comunicação utilizada pelo enfermeiro deve*»:

Para ser terapêutica a comunicação utilizada pelo enfermeiro deve:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Ser utilizada de forma intencional	2,2%	12,9%	8,4%	47,8%	28,7%	100%
Atender à individualidade das pessoas	0,0%	0,2%	0,2%	32,3%	67,2%	100%
Identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas	0,5%	0,5%	1,4%	43,2%	54,4%	100%
Responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas	0,5%	0,5%	2,4%	42,8%	53,8%	100%
Possuir valor clínico autónomo de outras intervenções	3,1%	16,6%	15,9%	38,7%	25,7%	100%
Possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções	0,0%	1,4%	5,5%	50,6%	42,4%	100%
Aumentar a eficácia da relação terapêutica	0,2%	0,7%	2,9%	45,9%	50,2%	100%
Contribuir para a melhoria da prática de enfermagem	0,5%	1,2%	1,4%	34,4%	62,5%	100%

De acordo com os dados apresentados, para ser terapêutica a comunicação utilizada pelos enfermeiros deve, para 93 a 99,5% dos

respondentes: atender à individualidade da pessoa; identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas; contribuir para a melhoria da prática de enfermagem; responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas; aumentar a eficácia da relação terapêutica e possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções. Destaca-se o facto de mais de 50%, dos respondentes, terem assinalado concordo totalmente para os cinco primeiros aspetos.

Quanto aos itens «*ser utilizada de forma intencional*» e «*possuir valor clínico autónomo de outras intervenções*», salienta-se que, respetivamente 23,5% e 35,6% dos respondentes não concordaram (por discordância ou indecisão) com estas afirmações.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a concordância dos enfermeiros com as expressões:

«*ser utilizada de forma intencional*», aponta para uma diferenciação de opiniões em função da categoria profissional com a concordância de todos os enfermeiros da prática docente, e da atividade atual, com a concordância de 100% dos que desenvolvem a sua atividade na docência;

«*possuir valor clínico autónomo de outras intervenções*» que aponta para uma diferenciação de opiniões em função da atividade atual, tendo havido uma maior concordância dos inquiridos que trabalham na docência.

Apresenta-se no quadro nº 11, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos: «*ser utilizada de forma intencional*» e «*possuir valor clínico autónomo de outras intervenções*» e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 11 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos «*ser utilizada de forma intencional*» e «*possuir valor clínico autónomo de outras intervenções*»

	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Ser utilizado de forma intencional	Categoria profissional (enfermeiros da prática docente)	V de Cramer: 0,231; Sig: 0,000
	Atividade atual (docência)	V de Cramer: 0,149; Sig: 0,003
Possuir valor clínico autónomo de outras intervenções	Atividade atual (docência)	V de Cramer: 0,133; Sig: 0,029

Os dados apresentados indicam que há evidência estatística para concluir que as variáveis: categoria profissional e atividade atual, se apresentam em relação aos aspetos referidos, diferenciadoras da opinião dos inquiridos, ainda que, de acordo com os resultados, com uma associação de fraca intensidade.

2.2.3 – Técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas

Neste ponto, sobre técnicas de comunicação e aspetos caracterizadores das mesmas, incluem-se as questões da 17 à 30. Nas questões 17 a 29, foram apresentadas afirmações em relação a diferentes técnicas de comunicação e a aspetos caracterizadores das mesmas. Foi solicitado aos enfermeiros que, de acordo com a escala apresentada e tendo como referência os cuidados de enfermagem, assinalassem o nível de concordância com as respetivas afirmações.

A questão 30 é uma questão aberta. Perante o reduzido número de respostas, nesta questão, e o facto de se ter verificado, através da análise das mesmas, que não acrescentavam aspetos relevantes aos já questionados, optou-se pela não inclusão da mesma.

As técnicas e os aspetos caracterizadores das mesmas seguem a ordem de apresentação no questionário.

Nas questões 17 a 29, efetuou-se o cruzamento da informação relativa a cada um dos itens apresentados com a referente às variáveis independentes: sexo, habilitações académicas, título de especialista, categoria profissional,

atividade atual e tempo de exercício profissional. Aplicou-se a cada um dos resultados o teste de V de Cramer.

Apresentam-se, em cada questão, apenas os resultados com significância estatística.

Tabela nº 13 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao
Toque

Sobre o Toque:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,3%	0,9%	4,0%	44,3%	50,6%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	1,4%	5,5%	44,5%	48,3%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,9%	4,9%	6,9%	49,7%	37,6%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	22,8%	45,7%	14,7%	14,2%	2,6%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	1,2%	5,5%	8,4%	59,5%	25,4%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,3%	1,2%	3,2%	62,1%	33,2%	100%
Utilizo para receber informação	3,2%	15,4%	12,8%	53,6%	15,1%	100%
Utilizo para transmitir informação	1,8%	4,4%	6,7%	66,4%	20,8%	100%
Utilizo de forma indiferenciada porque acredito que o toque facilita a relação	21,2%	40,6%	13,0%	19,1%	6,1%	100%

De acordo com os dados da tabela nº 13, 94,9% dos respondentes consideraram o toque uma técnica de comunicação e 92,8% uma técnica de comunicação terapêutica.

Salienta-se que tendo havido uma concordância de mais de 80% com a maioria dos itens, a afirmação «*utilizo o toque para receber informação*» obteve a concordância de 68,7% dos respondentes, e, quanto à afirmação «*utilizo o toque de forma indiferenciada porque acredito que o toque facilita a relação*», 61,8% manifestaram discordância, sendo de salientar que 25,2% referiram concordar e 13% assinalaram indeciso.

Quanto à asserção *«utilizo o toque para responder a uma necessidade minha»*, 68,5% dos respondentes assinalaram a sua discordância; no entanto, 16,8% concordaram com a afirmação e 14,7% assinalaram indeciso.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes ao toque aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«considero o toque uma técnica de comunicação terapêutica», em função da atividade atual, com uma concordância de 100% dos inquiridos que trabalham na docência;

«utilizo o toque para responder a uma necessidade minha» em função do sexo, tendo sido os inquiridos do sexo masculino que mais concordaram; do título de especialista, registando-se a maior concordância nos detentores do título de especialista; e, da atividade atual em que os que mais concordaram, com igual percentagem de concordância, trabalham na gestão e na prática clínica;

«utilizo o toque intencionalmente para responder às necessidades das pessoas», em função do tempo de exercício profissional, com maior concordância do grupo que tem mais de 10 anos de exercício profissional;

«utilizo o toque como intervenção complementar a outras intervenções» em função do sexo, com maior concordância do sexo feminino;

«utilizo o toque para receber informação» em função da atividade atual, sendo na área da gestão que se encontra a maior percentagem de concordantes, seguida da prática clínica.

Apresenta-se no quadro nº 12 uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos ao toque, e, os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 12 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos ao **toque**

Sobre o toque	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero o toque uma técnica de comunicação terapêutica	Atividade atual (docência)	V de Cramer: 0,153; Sig: 0,011
Utilizo o toque para responder a uma necessidade minha	Sexo (masculino) Título de especialista (especialistas) Atividade atual (gestão e prática clínica)	V de Cramer: 0,176 ; Sig: 0,030 V de Cramer: 0,279; Sig: 0,000 V de Cramer: 0,140; Sig: 0,046
Utilizo o toque intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,168; Sig: 0,048
Utilizo o toque como intervenção complementar a outras intervenções	Sexo (feminino)	V de Cramer: 0,231; Sig: 0,001
Utilizo o toque para receber informação	Atividade atual (gestão)	V de Cramer: 0,163; Sig: 0,003

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para concluir que as variáveis: atividade atual, sexo, título de especialista e tempo de exercício profissional se apresentam em relação aos aspetos referidos, diferenciadoras quanto à opinião dos inquiridos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 14 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à **Distância**

Sobre a Distância:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	3,8%	12,1%	11,2%	51,2%	21,6%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	4,4%	17,1%	17,7%	41,3%	19,5%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	5,9%	20,5%	14,5%	43,6%	15,4%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	18,8%	36,9%	18,8%	22,0%	3,6%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	3,9%	17,0%	11,6%	52,1%	15,5%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	4,5%	13,7%	15,8%	48,7%	17,3%	100%

A distância foi considerada por 72,8% dos respondentes uma técnica de comunicação e por 60,8% uma técnica de comunicação terapêutica. Houve, no entanto, 27,1% de enfermeiros que por discordância ou indecisão não consideraram a distância uma técnica de comunicação, sendo que o mesmo aconteceu com 39,2% dos enfermeiros quanto à distância como técnica de comunicação terapêutica.

Os enfermeiros assinalaram maioritariamente a sua concordância em relação a: utilizo a distância intencionalmente para responder às necessidades das pessoas (67,6%); utilizo a distância como intervenção complementar a outras intervenções (66%); utilizo intencionalmente a distância para comunicar de forma terapêutica (59%).

Quanto à asserção utilizo a distância para responder a uma necessidade minha, 55,5% dos enfermeiros assinalaram discordar.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes à distância aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«considero a distância uma técnica de comunicação terapêutica», em função do tempo de exercício profissional, tendo sido a maior concordância do grupo com mais de 10 anos de exercício profissional;

«utilizo intencionalmente a distância para comunicar de forma terapêutica» em função das habilitações académicas, em que foram os detentores do grau de doutor que mais concordaram, e do tempo de exercício profissional com maior concordância dos que trabalham há mais de 10 anos.

Apresenta-se no quadro nº 13 uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos à distância e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 13 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à **distância**

Sobre o distância	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero a distância uma técnica de comunicação terapêutica	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,176; Sig: 0,034
utilizo intencionalmente a distância para comunicar de forma terapêutica	Habilitações académicas (grau de doutor) Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,149; Sig:0,033 V de Cramer: 0,182; Sig: 0,026

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional e habilitações académicas como fatores de divergência de opinião, ainda que, com uma associação de fraca intensidade

Tabela nº 15 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à **Postura física ou Postura**

Sobre a Postura:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	1,8%	2,7%	48,3%	47,1%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,6%	3,6%	7,3%	46,2%	42,3%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	1,2%	5,5%	7,0%	55,6%	30,7%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	11,3%	34,6%	17,7%	29,1%	7,3%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,6%	7,4%	9,2%	59,4%	23,4%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,3%	4,0%	9,6%	60,5%	25,6%	100%
Ao prestar cuidados adoto uma posição que promova a manutenção do contacto visual com o pessoa	0,3%	0,0%	3,1%	46,3%	50,3%	100%

Ao prestar cuidados adoto uma posição que me permita ficar à mesma altura da pessoa considerando o plano visual	0,0%	4,6%	8,0%	48,5%	39,0%	100%
Ao prestar cuidados garanto que a posição escolhida é a mais confortável possível	0,6%	7,3%	8,3%	50,8%	33,0%	100%

A postura foi considerada por 95,4% dos inquiridos técnica de comunicação e por de 88,5% técnica de comunicação terapêutica.

A percentagem de concordância foi superior a 80% para todas as afirmações à exceção de, utilizo a postura para responder a uma necessidade minha, com a qual 45,9% discordaram, 36,4% concordaram e 17,7% assinalaram indeciso.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes à postura aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*utilizo intencionalmente a postura para comunicar de forma terapêutica*» em função do tempo de exercício profissional, com maior concordância dos que trabalham há mais de 10 anos;

«*utilizo a postura para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista, tendo-se registado maior concordância dos não detentores do título de especialista;

«*utilizo a postura como intervenção complementar a outras intervenções*» em função das habilitações académicas, com maior concordância dos detentores do grau de mestre;

«*ao prestar cuidados adoto uma posição que promova a manutenção do contato visual com a pessoa*» em função da categoria profissional, em que os enfermeiros da prática clínica foram os que mais concordaram;

«*ao prestar cuidados adoto uma posição que me permita ficar à mesma altura da pessoa considerando o plano visual*» em função do sexo, a maior concordância foi apresentada pelo sexo feminino.

Apresenta-se no quadro nº 14, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos à postura e os respetivos valores de V de

Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 14 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à **postura**

Sobre a Postura	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Utilizo intencionalmente a postura para comunicar de forma terapêutica	Tempo de exercício profissional (+ de 10 anos)	V de Cramer: 0,210; Sig: 0,006
Utilizo a postura para responder a uma necessidade minha»	Título de especialista (não especialistas)	V de Cramer: 0,171; Sig: 0,048
Utilizo a postura como intervenção complementar a outras intervenções	Habilitações académicas (grau de mestre)	V de Cramer: 0,154; Sig: 0,028
Ao prestar cuidados adoto uma posição que promova a manutenção do contato visual com a pessoa	Categoria profissional (enfermeiros da prática clínica)	V de Cramer: 0,170; Sig: 0,029
Ao prestar cuidados adoto uma posição que me permita ficar à mesma altura da pessoa considerando o plano visual	Sexo (feminino)	V de Cramer: 0,283; Sig: 0,000

Os resultados apresentados indicam que há significância estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional, título de especialista, habilitações académicas, categoria profissional e sexo como fatores de divergência de opinião, ainda que, com uma associação de fraca intensidade

Tabela nº16 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao **Olhar**

Sobre o Olhar:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,3%	0,6%	0,3%	46,5%	52,3%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	1,9%	6,5%	42,7%	48,6%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,6%	4,7%	8,4%	49,4%	36,9%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	11,2%	32,9%	15,5%	28,9%	11,5%	100%

Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,9%	5,0%	10,6%	55,3%	28,1%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,6%	0,9%	8,7%	54,2%	35,5%	100%
Ao utilizar o olhar como técnica de comunicação tenho claros os objetivos que pretendo atingir	0,3%	3,4%	12,5%	54,4%	29,4%	100%
Utilizo o olhar para distinguir os factos das impressões subjetivas e dialogar com a pessoa acerca delas	0,6%	2,8%	10,0%	53,6%	32,9%	100%

O olhar foi considerado por 98,8% dos enfermeiros uma técnica de comunicação e por 91,3% uma técnica de comunicação terapêutica.

À exceção da afirmação utilizo o olhar para responder a uma necessidade minha a concordância dos enfermeiros foi de mais de 80% para todas as afirmações.

Quanto à asserção utilizo o olhar para responder a uma necessidade minha, 44,1% assinalaram discordo, 40,4% concordo, e 15,5% assinalaram indeciso.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes ao olhar aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«utilizo o olhar para responder a uma necessidade minha» em função do título de especialista (V de Cramer: 0,177; Sig: 0,039), com maior concordância dos não detentores do título de especialista;

«*utilizo o olhar para distinguir os factos das impressões subjetivas e dialogar com a pessoa acerca delas*» em função do sexo (V de Cramer: 0,184; Sig: 0,029), com maior concordância do sexo feminino.

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: título de especialista e sexo como fatores de divergência de opinião, ainda que, com uma associação de fraca intensidade

Tabela nº17 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à
Escuta

Sobre a Escuta:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	0,3%	0,3%	38,9%	60,5%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,0%	0,6%	0,9%	30,5%	67,9%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,3%	1,3%	2,2%	40,1%	56,1%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	10,8%	27,5%	15,2%	30,1%	16,5%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,0%	1,3%	2,5%	51,6%	44,6%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,3%	0,3%	1,3%	51,0%	47,1%	100%
Na escuta valorizo o conteúdo da mensagem	0,3%	1,0%	1,0%	46,2%	51,6%	100%
Na escuta valorizo a forma como é expresso o conteúdo	0,0%	0,9%	1,6%	42,6%	54,9%	100%
Para efetivar a escuta promovo condições ambientais que permitam entender claramente o que é dito	0,0%	1,6%	4,4%	51,7%	42,3%	100%
Ao escutar estou atento à dimensão verbal da mensagem	0,0%	0,0%	1,3%	49,5%	49,2%	100%
Ao escutar estou atento à dimensão não verbal da mensagem	0,0%	0,0%	1,6%	44,8%	53,7%	100%
Escuto as mensagens emitidas na sua globalidade, independentemente do objetivo inicial	0,0%	4,4%	11,0%	49,5%	35,0%	100%
Ao utilizar a escuta dou-me tempo para entender o que é transmitido antes de responder	0,0%	0,6%	5,1%	57,9%	36,4%	100%
Ao escutar incentivo a pessoa a expressar-se sobre os seus comportamentos e as suas ações	0,0%	1,6%	1,9%	51,9%	44,6%	100%

A escuta foi considerada técnica de comunicação por 99,5% dos respondentes e técnica de comunicação terapêutica por 98,4%.

Das afirmações relativas à escuta apenas duas não obtiveram a concordância de mais de 90% dos respondentes. Trata-se da afirmação «*escuto as mensagens emitidas na sua globalidade, independentemente do objetivo inicial*» que obteve a concordância de 84,5% dos respondentes e da afirmação «*utilizo a escuta para responder a uma necessidade minha*», em relação à qual 46,6% referiram concordar e 38,3% discordar. Salienta-se que, à exceção desta, para todas as outras afirmações entre 35 e 67,9%, assinalaram concordar totalmente.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes à escuta, aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*considero a escuta uma técnica de comunicação*» em função da categoria profissional, com maior concordância dos enfermeiros da prática clínica;

«*considero a escuta uma técnica de comunicação terapêutica*» em função da categoria profissional com uma percentagem de concordância maior dos enfermeiros da prática clínica, e da atividade atual com uma concordância de 100% dos que trabalham na gestão e dos que desenvolvem mais do que uma atividade;

«*utilizo a escuta para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista, com maior concordância dos não especialistas e do tempo de exercício profissional, com maior concordância do grupo com até 10 anos de exercício profissional;

«*utilizo a escuta como intervenção complementar a outras intervenções*» em função das habilitações académicas destacando-se os detentores do grau de licenciado com 99,5% de concordância, e da categoria profissional em que os enfermeiros da prática clínica foram os que mais concordaram;

«*para efetivar a escuta promovo condições ambientais que permitam entender claramente o que é dito*» em função do tempo de exercício profissional. Foi o grupo que exerce há mais de 10 anos que mais concordou;

«*na escuta valorizo o conteúdo da mensagem*» em função das habilitações académicas, os detentores do grau de mestre foram os que mais concordaram.

Apresenta-se no quadro nº 15, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos à escuta e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 15 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à **escuta**

Sobre a Escuta	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero a escuta uma técnica de comunicação	Categoria profissional (enfermeiros da prática clínica)	V de Cramer: 0,161; Sig: 0,047
Considero a escuta uma técnica de comunicação terapêutica	Categoria profissional (enfermeiros da prática clínica) Atividade atual (gestão, multiatividades e outras)	V de Cramer: 0,240; Sig: 0,001 V de Cramer: 0,163; Sig: 0,016
Utilizo a escuta para responder a uma necessidade minha	Título de especialista (não especialistas) Tempo de exercício profissional (até 10 anos)	V de Cramer: 0,192; Sig: 0,020 V de Cramer: 0,204; Sig: 0,011
Utilizo a escuta como intervenção complementar a outras intervenções	Habilitações académicas (grau de licenciado) Categoria profissional (enfermeiros da prática clínica)	V de Cramer: 0,176; Sig: 0,004 V de Cramer: 0,178; Sig: 0,048
Para efetivar a escuta promovo condições ambientais que permitam entender claramente o que é dito	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,176; Sig: 0,022
Na escuta valorizo o conteúdo da mensagem	Habilitações académicas (grau de mestre)	V de Cramer: 0,425; Sig: 0,000

Os valores apresentados no quadro nº 15 indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: categoria profissional, atividade atual, título de especialista, tempo de exercício profissional e habilitações académicas como fatores de divergência de opinião quanto aos aspetos apresentados. Indicam ainda que, há evidência estatística com uma forte associação em função das habilitações académicas, quanto à valorização do conteúdo da mensagem na escuta, e, nas restantes uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 18 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao
Silêncio

Sobre o Silêncio:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	1,0%	1,6%	47,6%	49,8%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	1,6%	2,9%	40,8%	54,4%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,6%	4,2%	11,3%	44,4%	39,5%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	12,3%	28,1%	17,7%	31,6%	10,3%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,3%	3,9%	8,7%	53,9%	33,2%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,6%	3,2%	7,1%	54,8%	34,2%	100%

Quanto ao silêncio, 97,4% dos respondentes consideraram-no técnica de comunicação e 95,2% técnica de comunicação terapêutica.

À exceção da afirmação «*utilizo o silêncio para responder a uma necessidade minha*» que obteve a concordância de 41,9% dos respondentes e em relação à qual 58,1% não concordaram, todos os outros itens obtiveram a concordância de mais de 80% dos inquiridos.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes ao silêncio aponta para uma diferenciação de opiniões na expressão «*utilizo o silêncio para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista (V de Cramer: 0,187; Sig: 0,029), com maior concordância dos não detentores do título de especialista pela OE.

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar a variável, título de especialista, diferenciadora da opinião dos inquiridos quanto ao aspeto referido, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº19 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos à
Síntese

Sobre a Síntese:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,3%	1,6%	6,1%	53,5%	38,4%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	3,3%	13,4%	39,9%	43,1%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	1,0%	2,3%	15,0%	48,0%	33,7%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	10,0%	23,9%	17,2%	35,9%	12,9%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,6%	3,2%	11,7%	53,1%	31,4%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,3%	0,6%	10,0%	56,0%	33,0%	100%

A síntese foi considerada por 91,9% dos enfermeiros uma técnica de comunicação e por 83% uma técnica de comunicação terapêutica.

As diferentes afirmações referentes à síntese obtiveram a concordância dos enfermeiros. Destaca-se com uma percentagem de concordância mais baixa, em relação às restantes, a afirmação «*utilizo a síntese para responder a uma necessidade minha*» com a qual concordaram 48,8% de respondentes, discordaram 33,9% e 17,2% manifestaram-se indecisos.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes à síntese aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*considero a síntese uma técnica de comunicação*» em função do sexo, maior concordância dos enfermeiros do sexo masculino;

«*considero a síntese uma técnica de comunicação terapêutica*» em função do tempo de exercício profissional, com maior concordância do grupo dos que trabalham há mais de 10 anos e da atividade atual, tendo sido os que trabalham na área da gestão os que mais concordaram;

«*utilizo a síntese para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista, os não detentores do título de especialista foram os que mais concordaram;

«*utilizo a síntese intencionalmente para responder às necessidades das pessoas*» em função do título de especialista, em que foram os inquiridos detentores do título de especialista que mais concordaram.

Apresenta-se no quadro nº 16, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos à síntese e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 16 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos à **síntese**

Sobre a Síntese	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero a síntese uma técnica de comunicação	Sexo (masculino)	V de Cramer: 0,185; Sig: 0,031
Considero a síntese uma técnica de comunicação terapêutica	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,181; Sig: 0,043
	Atividade atual (gestão)	V de Cramer: 0,157; Sig: 0,020
Utilizo a síntese para responder a uma necessidade minha	Título de especialista (não especialistas)	V de Cramer: 0,229; Sig: 0,003
Utilizo a síntese intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	Título de especialista (especialistas)	V de Cramer: 0,195; Sig: 0,020

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: sexo, tempo de exercício profissional, atividade atual e título de especialista, diferenciadoras da opinião dos inquiridos quanto aos aspetos referidos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 20 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao
Questionamento

Sobre o Questionamento:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	0,3%	2,3%	53,5%	43,9%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,6%	1,9%	6,5%	44,8%	46,1%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	1,6%	2,6%	6,5%	49,0%	40,2%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	9,7%	21,6%	14,8%	37,1%	16,8%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,6%	1,9%	6,1%	57,4%	33,9%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,6%	0,3%	3,6%	59,5%	35,9%	100%

O questionamento foi considerado técnica de comunicação por 97,4% dos enfermeiros e técnica de comunicação terapêutica por 90,8%.

Registou-se para a maioria dos aspetos referentes ao questionamento uma concordância superior a 89% dos respondentes. No entanto perante a afirmação «*utilizo o questionamento para responder a uma necessidade minha*» 53,9% de inquiridos assinalaram concordo, 31,3% discordo e 14,8 indeciso.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes ao questionamento aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*considero o questionamento uma técnica de comunicação*» em função do tempo de exercício profissional, em que foi o grupo com mais de 10 anos de exercício profissional que mais concordou;

«*considero o questionamento uma técnica de comunicação terapêutica*» em função do sexo, tendo sido os inquiridos do sexo masculino os que mais concordaram e da atividade atual, com maior concordância dos que desenvolvem a sua atividade na área da gestão;

«*utilizo o questionamento para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista, tendo sido os não especialistas a concordar mais,

e do tempo de exercício profissional com o grupo até 10 anos de exercício profissional a manifestar a maior concordância;

«utilizo o questionamento intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» em função do tempo de exercício profissional, tendo sido o grupo dos que trabalham há mais de 10 anos a concordar mais.

Apresenta-se no quadro nº 17, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos ao questionamento e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº17 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos ao **questionamento**

Sobre o questionamento	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero o questionamento uma técnica de comunicação	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,163; Sig: 0,045
Considero o questionamento uma técnica de comunicação terapêutica	Sexo (masculino)	V de Cramer: 0,189; Sig: 0,026
	Atividade atual (gestão)	V de Cramer: 0,171; Sig: 0,004
Utilizo o questionamento para responder a uma necessidade minha	Título de especialista (não especialistas)	V de Cramer: 0,229; Sig: 0,003
	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,216; Sig: 0,007
Utilizo o questionamento intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,184; Sig: 0,036

Os valores apresentados no quadro nº 17 indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional, sexo, atividade atual e título de especialista, diferenciadoras da opinião dos inquiridos quanto aos aspetos referidos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade

Tabela nº 21 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos às questões

Para efetivar a comunicação terapêutica:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Utilizo questões abertas	0,6%	1,9%	5,4%	50,2%	41,9%	100%
Utilizo questões fechadas	2,6%	13,5%	12,2%	49,7%	22,1%	100%
Utilizo questões diretas	0,6%	4,2%	4,2%	60,3%	30,8%	100%
Utilizo questões indiretas	2,6%	12,2%	9,6%	48,4%	27,2%	100%
Utilizo um vocabulário compreensível para a pessoa	0,0%	0,0%	0,0%	34,5%	65,5%	100%
Asseguro-me de que a pessoa entendeu bem a questão	0,0%	0,3%	0,6%	35,4%	63,7%	100%
Formulo claramente as questões	0,0%	0,3%	1,9%	48,6%	49,2%	100%
Asseguro-me de que a questão é a melhor técnica a empregar de acordo com o objetivo a alcançar	0,3%	1,6%	9,0%	48,2%	40,8%	100%
Capto a atenção da pessoa antes de formular uma questão	0,0%	1,3%	3,2%	52,7%	42,8%	100%
Espero pela resposta antes de formular a questão de outro modo	0,3%	1,9%	7,4%	49,4%	41,0%	100%

Quanto ao tipo de questões utilizadas salienta-se que: as questões abertas e as questões diretas obtiveram a concordância de mais de 90% dos inquiridos; as questões indiretas e as questões fechadas obtiveram respetivamente 75,6% e 71,8% de concordância.

Para os restantes aspetos, a percentagem de concordância situou-se acima dos 89%, tendo sido superior a 40% a percentagem dos que concordaram totalmente.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos relativos às questões utilizadas aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*utilizo questões fechadas*» em função das habilitações académicas, os detentores do grau de licenciado foram os que mais concordaram;

«*utilizo questões diretas*» em função da categoria profissional, tendo sido os enfermeiros da prática clínica a manifestar maior concordância, e das habilitações académicas com os detentores do grau de doutor a concordarem mais;

«asseguro-me de que a questão é a melhor técnica a empregar de acordo com o objetivo a alcançar» em função do título de especialista, foram os detentores do título de especialista que mais concordaram;

«capto a atenção da pessoa antes de formular uma questão» em função do sexo, com maioria de concordantes do sexo feminino;

«espero pela resposta antes de formular a questão de outro modo» em função do tempo de exercício profissional, concordaram mais os inquiridos que trabalham há mais de 10 anos.

Apresenta-se no quadro nº 18, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos às questões a utilizar para efetivar a comunicação terapêutica e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 18 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos às questões a utilizar para efetivar a comunicação terapêutica

Para efetivar a comunicação terapêutica	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Utilizo questões fechadas	Habilitações académicas (grau de licenciado)	V de Cramer: 0,225; Sig: 0,000
Utilizo questões diretas	Categoria profissional (enfermeiros da prática clínica) Habilitações académicas (grau de doutor)	V de Cramer: 0,217; Sig: 0,007 V de Cramer: 0,212; Sig: 0,000
Asseguro-me de que a questão é a melhor técnica a empregar de acordo com o objetivo a alcançar	Título de especialista (especialistas)	V de Cramer: 0,176; Sig: 0,047
Capto a atenção da pessoa antes de formular uma questão	Sexo (feminino)	V de Cramer: 0,257; Sig: 0,000
Espero pela resposta antes de formular a questão de outro modo	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,201; Sig: 0,014

Os valores apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: habilitações académicas, categoria profissional, título de especialista, sexo e tempo de exercício profissional, diferenciadoras da opinião

dos inquiridos quanto aos aspetos referidos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 22 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos ao
Feedback

Sobre o Feedback:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	0,0%	2,9%	52,3%	44,8%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	1,0%	5,2%	45,6%	47,9%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,3%	2,0%	9,1%	50,8%	37,8%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	10,7%	22,3%	19,1%	33,0%	14,9%	100%
Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	0,6%	2,3%	5,8%	59,7%	31,5%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,3%	1,7%	7,6%	56,4%	34,0%	100%
Ao utilizar o feedback descrevo de modo concreto o comportamento (verbal ou não verbal) sobre o qual pretendo que a pessoa foque a sua atenção	0,7%	2,3%	10,9%	53,5%	32,7%	100%

O feedback foi considerado por 97,1% dos respondentes uma técnica de comunicação e por 93,5% uma técnica de comunicação terapêutica.

Os restantes itens também obtiveram a concordância dos inquiridos que foi superior a 85% para todos, à exceção da afirmação «*utilizo o feedback para responder a uma necessidade minha*» que obteve a concordância de 47,9% dos respondentes, mas em relação á qual 33% discordaram e 19,1% assinalaram indeciso.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes ao feedback aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*utilizo o feedback para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista (V de Cramer: 0,211; Sig: 0,008), tendo sido os não especialistas os que mais concordaram;

«*utilizo o feedback intencionalmente para responder às necessidades das pessoas*» em função do sexo (V de Cramer: 0,192; Sig: 0,023), foram os respondentes do sexo feminino que mais concordaram.

Os valores apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: título de especialista e sexo diferenciadoras da opinião dos enfermeiros quanto aos aspetos referidos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 23 - Distribuição dos respondentes segundo o grau de concordância com os tipos de feedback utilizados para efetivar a comunicação terapêutica

Para efetivar a comunicação terapêutica utilizo:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Feedback avaliativo	2,0%	9,8%	23,9%	47,2%	17,0%	100%
Feedback descritivo	0,7%	1,7%	20,5%	57,9%	19,2%	100%
Feedback experiencial	0,3%	6,3%	29,4%	45,5%	18,5%	100%

Quanto ao feedback utilizado para efetivar a comunicação terapêutica 77,1% dos inquiridos referiram utilizar feedback descritivo; 64,2% feedback avaliativo e 64% feedback experiencial. De salientar que, para os diferentes tipos de feedback, a maioria das respostas se situaram no concordo e que, a percentagem de indecisos se situou para o tipo de feedback utilizado entre 20,5 e 29,4%.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os tipos de feedback aponta para uma diferenciação de opiniões quanto ao:

«*feedback avaliativo*» em função do sexo, onde se registou uma maior concordância do sexo masculino;

«*feedback experiencial*» em função do sexo, com uma maior concordância dos respondentes do sexo feminino, da categoria profissional, com maior percentagem de concordância dos enfermeiros da prática docente, e da atividade

atual, com uma maior concordância dos inquiridos que desenvolvem a sua atividade na docência.

Apresenta-se, no quadro nº 19, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto ao tipo de feedback utilizado para efetivar a comunicação terapêutica e os respectivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº19 – Variáveis com significância estatística e respectivos valores de V de Cramer quanto ao **tipo de feedback** utilizado para efetivar a comunicação terapêutica

Para efetivar a comunicação terapêutica	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Utilizo feedback avaliativo	Sexo (masculino)	V de Cramer: 0,197; Sig: 0,018
Utilizo feedback experiencial	Sexo (feminino)	V de Cramer: 0,188; Sig: 0,030
	Categoria profissional (enfermeiros da prática docente)	V de Cramer: 0,221; Sig: 0,006
	Atividade atual (docência)	V de Cramer: 0,153; Sig: 0,034

Os valores apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: sexo, categoria profissional e atividade atual diferenciadoras da opinião dos enfermeiros quanto aos aspetos referidos, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 24 – Distribuição dos respondentes segundo os aspetos relativos a **Aconselhar e dar informação**

Sobre Aconselhar e Dar Informação:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Considero uma técnica de comunicação	0,0%	4,6%	6,5%	53,3%	35,6%	100%
Considero uma técnica de comunicação terapêutica	0,3%	5,6%	7,9%	45,9%	40,3%	100%
Utilizo intencionalmente para comunicar de forma terapêutica	0,7%	5,0%	7,3%	51,2%	35,9%	100%
Utilizo para responder a uma necessidade minha	13,2%	36,2%	18,4%	23,0%	9,2%	100%

Utilizo intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	1,0%	1,3%	5,2%	56,7%	35,7%	100%
Utilizo como intervenção complementar a outras intervenções	0,7%	1,3%	5,2%	55,4%	37,4%	100%

Aconselhar e dar informação foram consideradas técnicas de comunicação por 89,1% e técnicas de comunicação terapêutica por 86,2%.

Todos os itens referentes à utilização do conselho e informação obtiveram a concordância dos respondentes. Salienta-se que apenas a afirmação «*utilizo o conselho e a informação para responder a uma necessidade minha*» obteve uma percentagem de concordância inferior a 87%, sendo que 32,2% concordaram, 49,4% discordaram, e 18,4% manifestaram-se indecisos.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos referentes a aconselhar e dar informação aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*considero aconselhar e dar informação técnica de comunicação*» em função tempo de exercício profissional, com maior concordância dos que trabalham há mais de 10 anos;

«*considero aconselhar e dar informação técnica de comunicação terapêutica*» em função das habilitações académicas, tendo sido os detentores do grau de mestre os que mais concordaram, e da atividade atual, com os inquiridos que trabalham na prática clínica a manifestar maior concordância;

«*utilizo intencionalmente o conselho e a informação para comunicar de forma terapêutica*» em função das habilitações académicas, foram os detentores do grau de mestre que mais concordaram, e do título de especialista, foram os não especialistas a concordar mais;

«*utilizo o conselho e a informação para responder a uma necessidade minha*» em função do título de especialista, tendo sido os não especialistas os que mais concordaram, e do tempo de exercício profissional, com maior concordância do grupo que tem até 10 anos de exercício profissional;

«*utilizo o conselho e a informação intencionalmente para responder às necessidades das pessoas*» em função das habilitações académicas, foram os detentores do grau de mestre os que mais concordaram.

Apresenta-se no quadro nº 20, uma síntese das variáveis com significância estatística quanto aos aspetos relativos ao conselho e informação e os respetivos valores de V de Cramer. Indica-se em cada variável a(s) categoria(s) em que se obteve maior concordância.

Quadro nº 20 – Variáveis com significância estatística e respetivos valores de V de Cramer quanto aos aspetos relativos a **aconselhar e dar informação**

Sobre aconselhar e dar informação	Variáveis independentes	Valor de V de Cramer
Considero aconselhar e dar informação técnicas de comunicação	Tempo de exercício profissional (mais de 10 anos)	V de Cramer: 0,187; Sig: 0,014
Considero aconselhar e dar informação técnicas de comunicação terapêutica	Habilitações académicas (grau de mestre)	V de Cramer: 0,590; Sig: 0,000
	Atividade atual (prática clínica)	V de Cramer: 0,171; Sig: 0,004
Utilizo intencionalmente o conselho e a informação para comunicar de forma terapêutica	Habilitações académicas (grau de mestre)	V de Cramer: 0,419; Sig: 0,000
	Título de especialista (não especialistas)	V de Cramer: 0,193; Sig: 0,024
Utilizo o conselho e a informação para responder a uma necessidade minha	Título de especialista (não especialistas)	V de Cramer: 0,219; Sig: 0,006
	Tempo de exercício profissional (até 10 anos)	V de Cramer: 0,214; Sig: 0,008
Utilizo o conselho e a informação intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	Habilitações académicas (grau de mestre)	V de Cramer: 0,352; Sig: 0,000

Os valores apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional, habilitações académicas e título de especialistas diferenciadoras da opinião dos inquiridos quanto aos aspetos referidos. Indicam ainda que há evidência estatística com uma forte associação em função das habilitações académicas, e, nas restantes uma associação de fraca intensidade.

Tabela nº 25 - Distribuição dos respondentes segundo as respostas à pergunta - **para aconselhar e dar informações**

Para aconselhar e dar informação:	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Certifico-me de que compreendi bem o pedido da pessoa	0,0%	0,3%	0,6%	47,4%	51,6%	100%
Confirmo junto da pessoa a sua necessidade, a sua motivação e interesse quanto à informação solicitada	0,0%	0,3%	2,0%	50,8%	46,9%	100%
Clarifico o objetivo da intervenção e certifico-me de que a pessoa o compreende e aprova	0,0%	0,7%	3,3%	51,1%	45,0%	100%
Escolho os meios de informação que terão mais possibilidades de atingir o objetivo visado	0,0%	0,3%	3,3%	50,0%	46,4%	100%
Utilizo uma linguagem adaptada à pessoa	0,0%	0,0%	0,7%	39,7%	59,7%	100%
Verifico a compreensão da pessoa e se necessário reformulo em termos mais simples ou dando exemplos	0,0%	0,0%	0,7%	41,6%	57,7%	100%
Verifico se a informação foi compreendida e se responde às expectativas da pessoa	0,0%	0,0%	1,0%	44,3%	54,7%	100%

De acordo com os dados apresentados na tabela nº 25, verificou-se a concordância de mais de 95% dos respondentes em relação a todos os aspetos apresentados. Salienta-se que a percentagem dos que concordaram totalmente é superior a 45% para todos os aspetos.

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com os aspetos descritos para aconselhar e dar informação aponta para uma diferenciação de opiniões nas expressões:

«*confirmo junto da pessoa a sua necessidade, a sua motivação e interesse quanto à informação solicitada*» em função do sexo (V de Cramer: 0,205; Sig: 0,005);

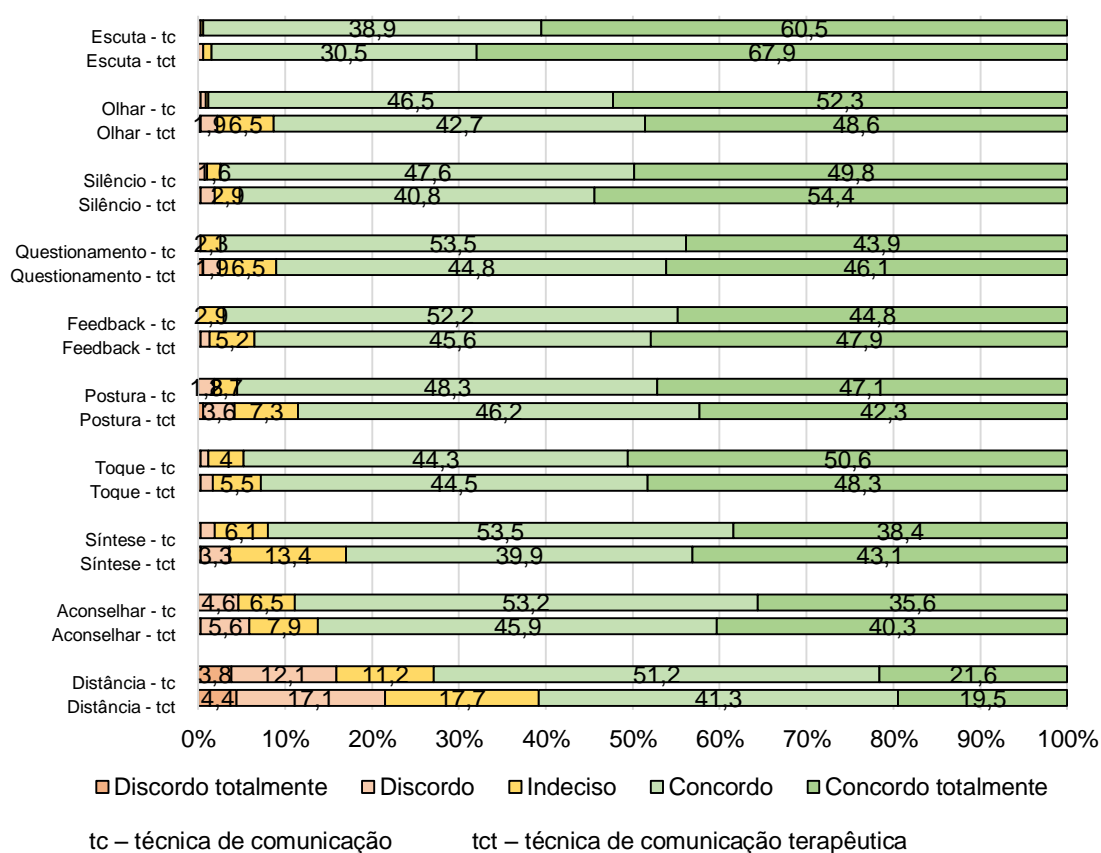
«*clarifico o objetivo da intervenção e certifico-me de que a pessoa o compreende e aprova*» em função do sexo (V de Cramer: 0,190; Sig: 0,011);

«verifico a compreensão da pessoa e se necessário reformulo em termos mais simples ou dando exemplos» em função do sexo (V de Cramer: 0,168; Sig: 0,014). Registou-se, para todos, uma maior concordância dos inquiridos do sexo feminino.

Os valores apresentados indicam que há evidência estatística para considerar a variável sexo diferenciadora da opinião dos enfermeiros quanto aos aspetos mencionados, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Em relação às dez técnicas apresentadas, constatou-se a existência de seis itens caracterizadores, comuns a todas elas. Este facto permitiu identificar o posicionamento assumido pelos enfermeiros, em relação aos mesmos aspetos, para cada uma das técnicas. Nesse sentido, apresentam-se de seguida, gráficos que ilustram este aspeto.

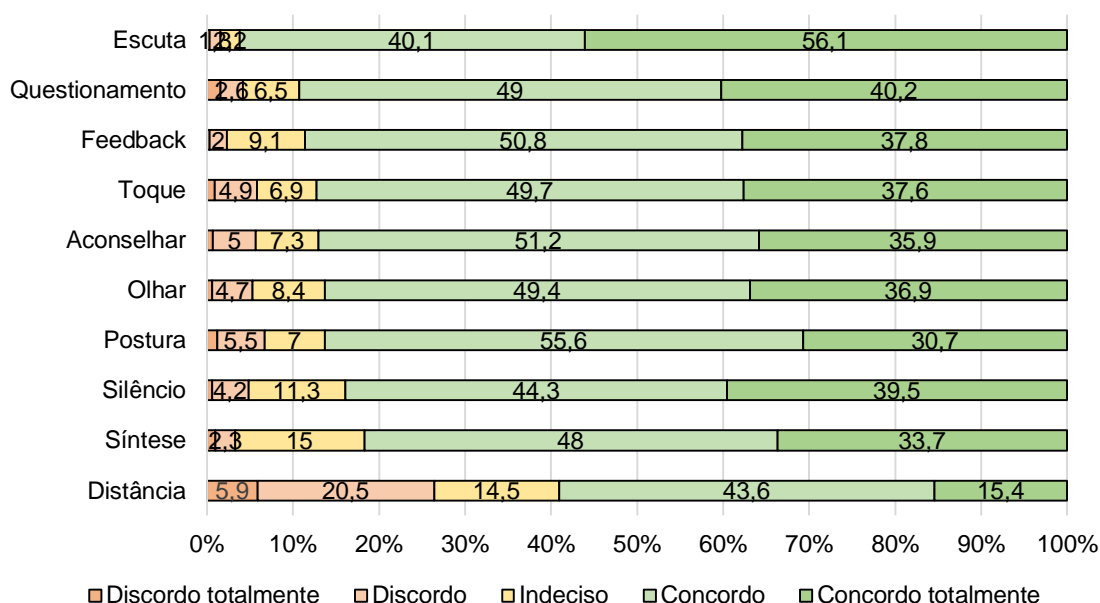
Gráfico nº 4 – Opinião dos respondentes em relação a cada técnica apresentada, ser técnica de comunicação e técnica de comunicação terapêutica



Os enfermeiros identificaram como técnicas de comunicação e técnicas de comunicação terapêutica todas as apresentadas, com uma percentagem de concordância em relação a tratar-se de técnicas de comunicação entre 72,8% e 99,5%, e entre 60,8% e 98,4% quanto à concordância de que se trata de técnicas de comunicação terapêutica. O toque, o olhar, a escuta, o silêncio, o questionamento e o feedback foram consideradas em simultâneo nas duas categorias por mais de 90% dos respondentes.

A distância foi a técnica que obteve menor concordância dos enfermeiros quer como técnica de comunicação quer como técnica de comunicação terapêutica (anexo IX, tabela nº 28).

Gráfico nº 5 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica» em relação às técnicas apresentadas

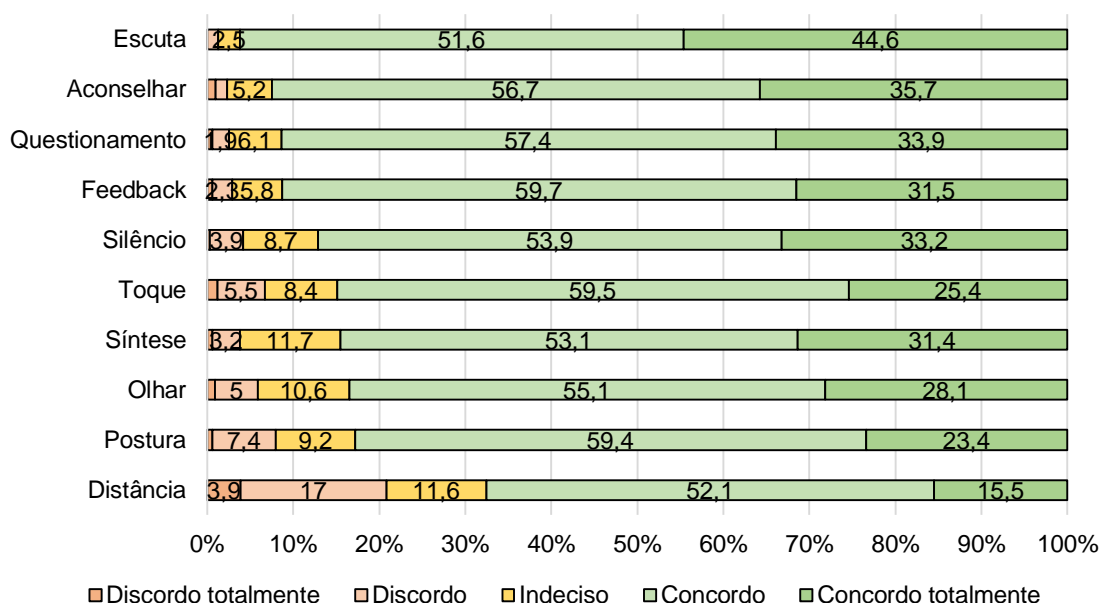


O gráfico nº 5, permite afirmar que a quase totalidade dos inquiridos (96,2%) referiu a utilização da escuta para comunicar intencionalmente de forma terapêutica, sendo que a maioria assinalou concordar totalmente.

Mais de 80% dos inquiridos afirmaram utilizar intencionalmente para comunicar de forma terapêutica o questionamento, o feedback, o toque, aconselhar e dar informação, o olhar, a postura, o silêncio e a síntese.

A distância é a técnica que obteve menor concordância dos inquiridos (59%) (anexo X, tabela nº 29).

Gráfico nº 6 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «*utilizo o/a... intencionalmente para responder às necessidades das pessoas*» em relação às técnicas apresentadas

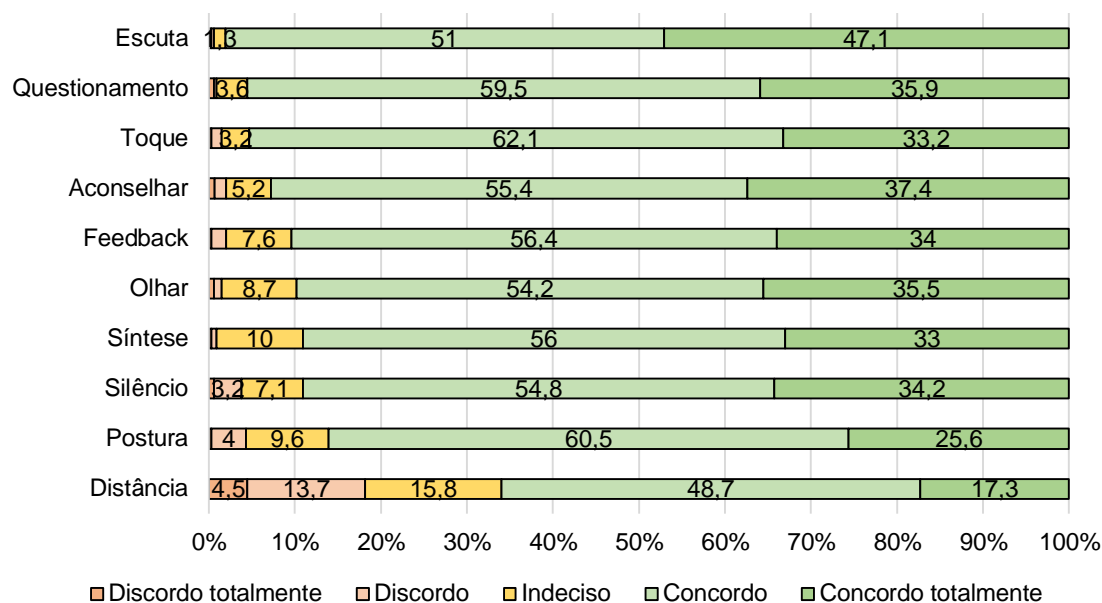


De acordo com o gráfico nº 6, a escuta foi, em relação à utilização intencional das técnicas apresentadas para responder às necessidades das pessoas, aquela que obteve maior percentagem de concordância dos inquiridos (96,2%).

À exceção da distância, todas as outras técnicas obtiveram a concordância de mais de 80% dos respondentes, sendo que, mais de 50% se posicionaram no concordo.

A distância foi, também para este aspeto, a técnica que obteve uma percentagem de concordância mais baixa (67,7%) (anexo XI, tabela nº 30).

Gráfico nº 7 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «*utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções*» em relação às técnicas apresentadas

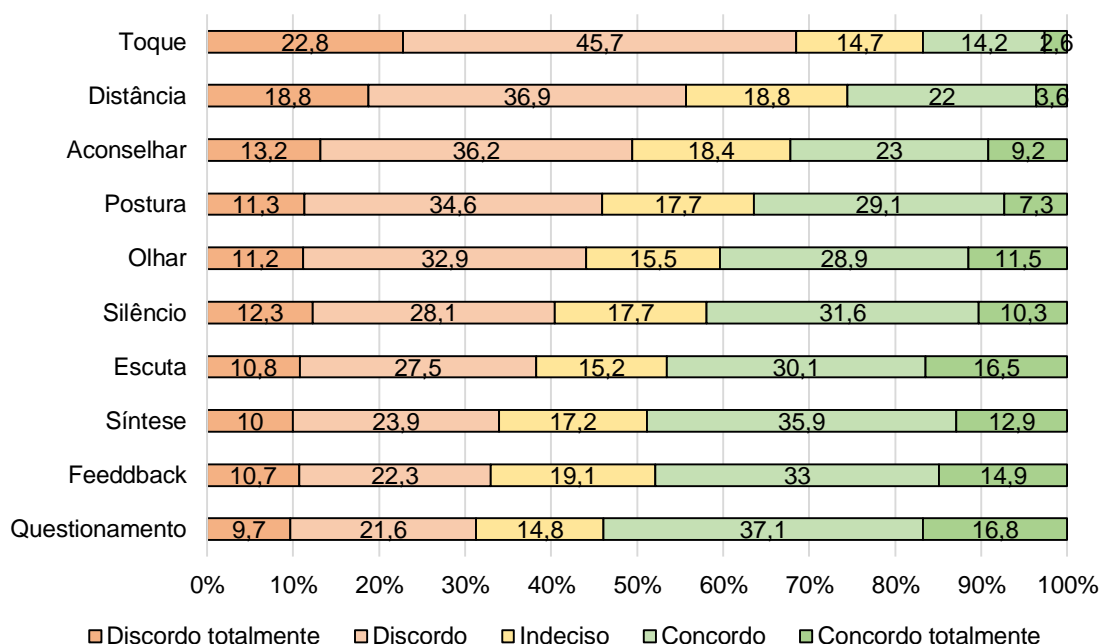


O gráfico nº 7 ilustra a concordância, indecisão e discordância dos inquiridos quanto à utilização das técnicas apresentadas como intervenção complementar a outras intervenções.

Destacam-se a escuta por ter obtido a concordância da quase totalidade dos inquiridos (98,1%), e, a distância por ser aquela com que os inquiridos concordaram numa percentagem menor (66%), sendo que 34% não concordaram (por discordância ou indecisão) com a referida utilização da distância.

É igualmente relevante que a percentagem de concordância com a utilização das outras técnicas como intervenção complementar a outras intervenções é superior a 85% e que a maioria dos inquiridos se posicionou no concordo (anexo XII, tabela nº 31).

Gráfico nº 8 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «*utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha*» em relação às técnicas apresentadas



Os dados apresentados no gráfico nº 8, mostram que, perante a afirmação «*utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha*», houve em todas as técnicas uma dispersão das respostas pelas diferentes categorias. Destaca-se a elevada percentagem de indecisos em todas as técnicas e também o facto de ter havido uma percentagem de inquiridos, que atinge os 53,9% para o questionamento, que referiu a utilização das técnicas para responder a necessidades suas.

Salienta-se igualmente que, em relação aos aspetos já apresentados, a percentagem de discordância dos inquiridos foi transversalmente maior, situa-se entre 68,5% para o toque e 31,3% para o questionamento.

Tendo sido anteriormente referidos os valores do V de Cramer, correspondentes às variáveis que se evidenciam como diferenciadoras da opinião dos inquiridos apresenta-se, no quadro nº 21, uma síntese das variáveis que, de acordo com os respetivos valores de V de Cramer, apontam para uma diferenciação de opiniões nos 6 aspetos comuns, referentes a cada uma das técnicas. Indica-se para cada uma, a(s) categoria(s) em que houve maior concordância.

Quadro nº 21 – Variáveis com significância estatística quanto aos aspetos comuns relativos a cada uma das técnicas e categorias que apresentam maior concordância

Técnicas	Variáveis com significância estatística					
	Sexo	Habilitações académicas	Título de especialista	Categoria profissional	Atividade atual	Tempo de exercício profissional
Toque	④ masculino ⑥ feminino		④ especialistas		② docência ④ gestão e prática clínica	⑤ mais de 10 anos
Distância		③ grau de doutor				② mais de 10 anos ③ mais de 10 anos
Postura		⑥ grau de mestre	④ não especialista			③ mais de 10 anos
Olhar			④ não especialistas			
Escuta		⑥ grau de licenciado	④ não especialistas	① * ② * ⑥ * *enfermeiro prática docente	② gestão e multiatividade de	④ até 10 anos
Silêncio			④ não especialistas			
Síntese	① masculino		④ não especialistas ⑤ especialista		② gestão	② mais de 10 anos
Questionamento	② masculino		④ não especialistas		② gestão	① mais de 10 anos ④ até 10 anos ⑤ mais de 10 anos
Feedback	⑤ feminino		④ não especialistas			
Aconselhar e dar informação		② grau de mestre ③ grau de mestre ⑤ grau de mestre	③ não especialista ④ não especialista		② prática clínica	① mais de 10 anos ④ até 10 anos

Legenda: ①- Considero o/a... técnica de comunicação ②- Considero o/a... técnica de comunicação terapêutica ③- utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica ④- utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha ⑤- utilizo o/a... intencionalmente para responder às necessidades das pessoas ⑥- utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções

O quadro nº 21, permite identificar o título de especialista como a variável mais diferenciadora de opinião perante a afirmação «*utilizo o/a...(cada técnica) para responder a uma necessidade minha*», surgindo em todas as técnicas com exceção da distância. Salienta-se que, à exceção do toque, foram os não detentores do título de especialista pela OE que mais assinalaram concordar com esta afirmação.

A atividade atual foi a variável que se revelou mais diferenciadora quanto a considerar as técnicas apresentadas como técnicas de comunicação terapêutica. Foi nos inquiridos que têm como atividade atual a gestão que predominou, para este aspeto, a maior concordância.

O tempo de exercício profissional foi a variável que se evidenciou mais transversalmente. Salienta-se o facto de que para a afirmação «*utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha*» a maior concordância foi assinalada pelos que têm até 10 anos de exercício profissional e, nas restantes situações a maior concordância foi apresentada pelo enfermeiros que trabalham há mais de 10 anos.

Encontra-se nas respostas anteriores e em relação a cada uma das técnicas, entre outros, o posicionamento dos enfermeiros sobre a sua utilização para responder intencionalmente às necessidades das pessoas e, por outro lado, para responder às necessidades do próprio enfermeiro.

No intuito de melhor entender os sentidos de resposta nas dez técnicas indicadas, submeteram-se as afirmações «*utilizo o/a ...(cada técnica) para responder a uma necessidade minha*» e «*utilizo o/a... (cada técnica) intencionalmente para responder às necessidades das pessoas*», referentes a cada uma das técnicas, a uma Análise de Correspondências Múltiplas.

As principais lógicas de resposta reúnem-se em duas dimensões: a primeira explica 21,5% da variância total e agrega sobretudo as tendências de resposta às diversas técnicas enquanto utilizadas para responder às necessidades do enfermeiro; a segunda, explicando adicionalmente 12,2% da variância total, conjuga as opiniões face às técnicas utilizadas para responder às necessidades das pessoas.

Através dos scores dos respondentes para cada uma das duas dimensões acima identificadas, chegou-se à construção de 4 perfis (clusters) de resposta,

com clara diferença de opiniões face à concordância/não concordância de cada técnica ser utilizada enquanto resposta a uma necessidade do enfermeiro e/ou a necessidades das pessoas.

Os quatro perfis encontrados, cuja designação advém das características predominantes na descrição do mesmo, são os seguintes:

Perfil 1 – *autocentrado e centrado na pessoa*: foram indicadas as técnicas (sobretudo questionamento, escuta, olhar, silêncio e feedback) como sendo utilizadas para responder a necessidades do enfermeiro. Simultaneamente foram indicadas como sendo utilizadas para responder às necessidades das pessoas. Há uma representatividade significativa dos elementos do sexo masculino, assim como uma representatividade elevada dos enfermeiros menos experientes (até 10 anos de exercício profissional) e que se dedicam à prática clínica. Este perfil corresponde a 30,9% dos respondentes.

Perfil 2 – *tecnicista(?)*: contrariamente ao perfil anterior, neste perfil verificou-se uma ausência de concordância com a utilização das técnicas como resposta às necessidades do enfermeiro, sobretudo o toque, feedback, distância, olhar e questionamento. Simultaneamente também foram indicadas, quase todas as técnicas, como não sendo utilizadas para responder às necessidades das pessoas, o que poderá indicar um uso essencialmente de natureza técnica. Também neste perfil há uma representatividade ligeiramente superior dos homens, em relação ao que se verifica no total dos respondentes, e é o perfil onde a representatividade dos que detêm apenas o grau de licenciado é mais marcante. Constata-se igualmente uma forte presença de não detentores do título de especialista pela OE. É expressiva a presença de enfermeiros com menos anos de experiência profissional (até 10 anos). Encontra-se uma ligeira representatividade dos que assinalaram outra, na atividade profissional. Este perfil corresponde a 5,7% dos respondentes.

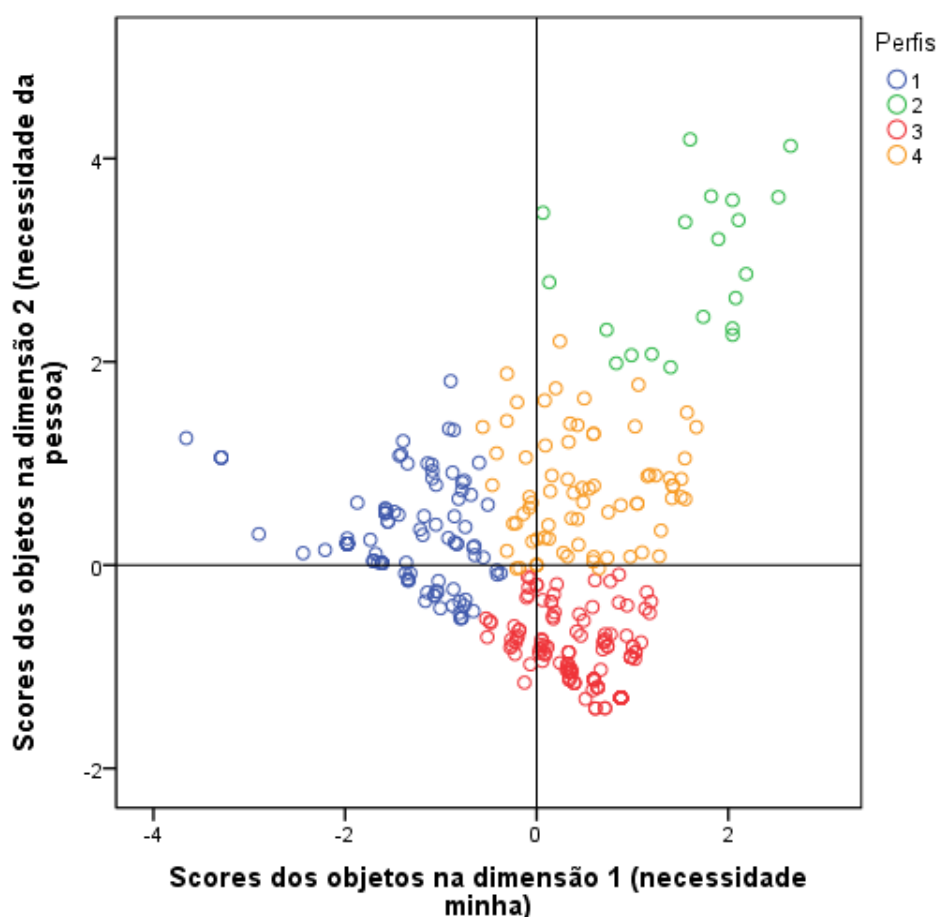
Perfil 3 – *centrado na pessoa*: este perfil, o de maior dimensão, combina uma forte expressão de indecisão ou recusa quanto à utilização das técnicas para responder a necessidades do enfermeiro (sobretudo o toque, a distância e o aconselhar e dar informação, com uma forte afirmação quanto à utilização de todas as técnicas (ligeiramente menos apenas na distância) como resposta às necessidades da pessoa. É o perfil onde o sexo feminino tem maior

representatividade. As habilitações mais elevadas (mestrado e doutoramento) e a detenção do título de especialista são a marca deste perfil, comparativamente com os restantes. Há igualmente uma presença mais elevada face ao que acontece nos restantes perfis de profissionais que se dedicam à docência, assim como de pessoas com mais de 10 anos de exercício profissional. As atividades de gestão e a multiatividade são características presentes neste perfil. É um perfil que parece transparecer de forma clara a utilização intencional das técnicas para responder às necessidades das pessoas. Este perfil corresponde a 42,1% dos respondentes.

Perfil 4 – *indefinido*: houve neste perfil uma não concordância em relação a algumas técnicas – em concreto o toque e a distância – quanto a serem utilizadas para responder a necessidade do enfermeiro. No entanto, face às outras oito técnicas indicadas o que se nota é uma divisão de opiniões enquanto técnicas que são ou não utilizadas para responder a uma necessidade do enfermeiro. Esta dificuldade de afirmação de uma resposta de sentido único verificou-se também face às técnicas enquanto usadas intencionalmente para responder às necessidades das pessoas. Não existe uma característica em concreto que marque de forma mais evidente este perfil à exceção de uma presença ligeiramente mais evidente de enfermeiros que se dedicam a mais de uma atividade profissional. Este perfil corresponde a 21,2% dos respondentes.

A diferente presença das categorias de resposta em cada um dos perfis pode ser confirmada nas tabelas em anexo (anexo XIII).

Figura nº 2 - Representação gráfica dos indivíduos segundo o perfil a que pertencem, projetados a partir dos valores dos seus scores nas dimensões 1 (necessidade minha) e 2 (necessidade da pessoa)



Os posicionamentos dos respondentes encontram-se resumidos nas dimensões 1 e 2, anteriormente referidas. Cruzadas as duas dimensões – técnicas utilizadas como resposta a “necessidade minha” (do enfermeiro) e técnicas utilizadas como resposta a “necessidades das pessoas”, e sendo que ambas têm um polo que aponta para uma maior concordância e um outro que indica uma maior não concordância – obtiveram-se quatro quadrantes. A projeção dos respondentes, para melhor associarmos cada um a cada lógica de resposta, ajuda a perceber a proximidade de posicionamento de uns e, simultaneamente, a sua distância face ao posicionamento de outros.

A projeção dos perfis no plano fatorial permite perceber-se essas diferenças entre perfis:

- relativamente ao perfil 1, ele está exclusivamente representando nos quadrantes do lado esquerdo, ou seja, na concordância com a utilização das técnicas para responder à necessidade do enfermeiro, sendo que uma parte significativa indica também uma utilização simultânea das técnicas para responder às necessidades das pessoas;

- perfil 2, é o que se apresenta representado num ponto mais extremo do plano, ocupando o quadrante superior direito, aponta para a não concordância quanto à utilização das técnicas como resposta a necessidades do enfermeiro conjugada com uma não concordância das técnicas para responder às necessidades das pessoas. Conforme se pode ver na representação gráfica, este é o perfil mais diferente e mais extremo de todos;

- a concentração de pontos observada no perfil 3 (quadrante inferior direito) ainda que próxima do centro, é sugestiva da proximidade das posições destes indivíduos que assinalaram concordância com a utilização das técnicas para responder às necessidades da pessoa e recusa da utilização das mesmas para responder a necessidades do enfermeiro;

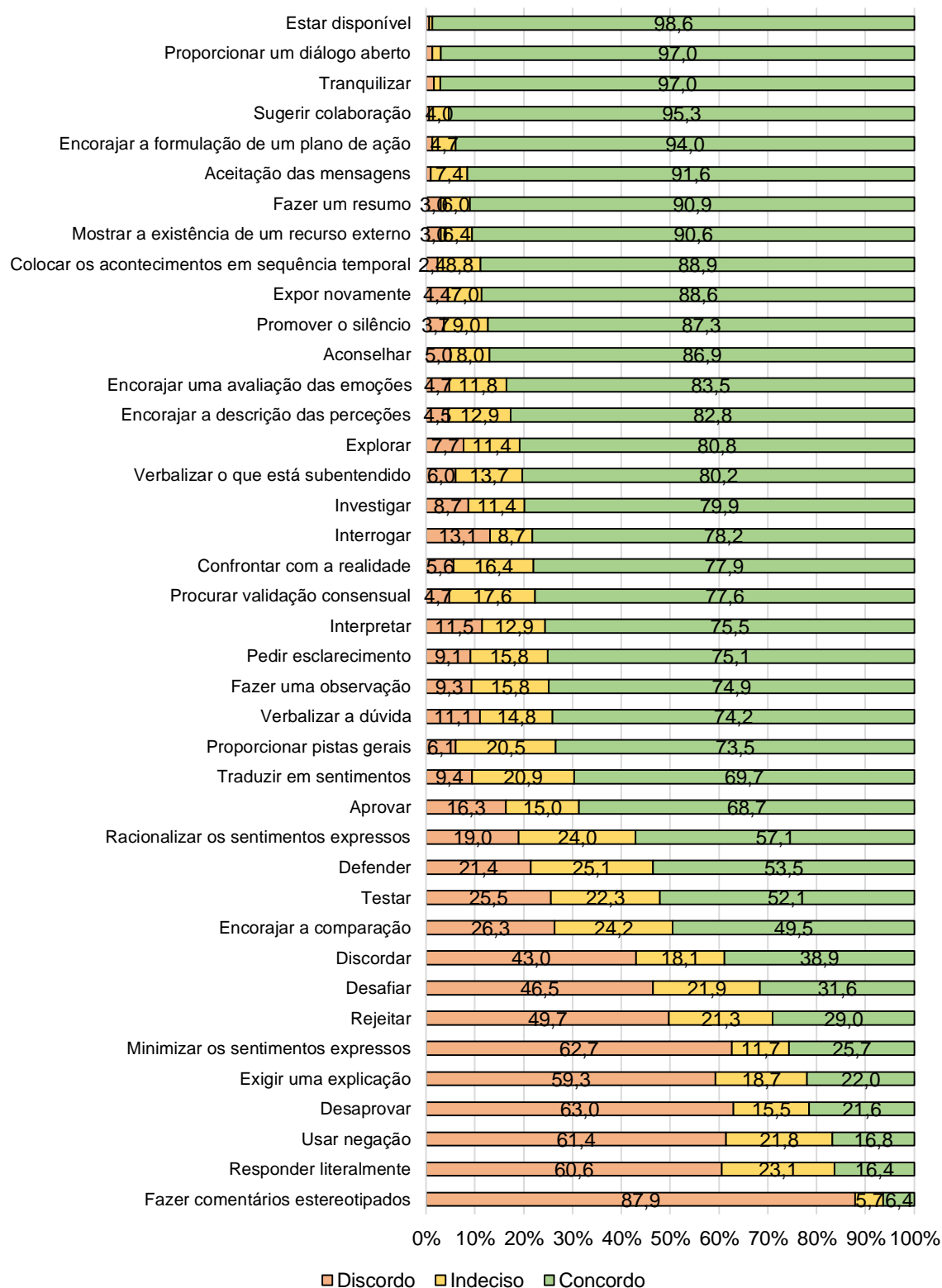
- a posição da nuvem de pontos correspondente ao perfil 4, situada no centro da projeção, é indicadora da dificuldade de afirmação de uma resposta em sentido único, como acontece neste perfil.

2.2.4 – Comunicação: técnicas terapêuticas e técnicas não terapêuticas

Ao item comunicação: técnicas terapêuticas e técnicas não terapêuticas corresponde a questão 31, onde foi apresentado um conjunto de técnicas terapêuticas e não terapêuticas, sem qualquer ordem específica. Foi solicitado aos inquiridos que, perante a afirmação «*utilizo para estabelecer comunicação terapêutica as seguintes técnicas*», assinalassem o seu grau de concordância para cada uma delas.

Apresenta-se a seguir, no gráfico nº 9, o posicionamento dos inquiridos considerando os que discordaram (discordo + discordo totalmente), os indecisos e os que concordaram (concordo + concordo totalmente).

Gráfico nº 9 – Distribuição dos respondentes quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica



Através do gráfico nº 9, verifica-se em relação a todas as técnicas, terapêuticas e não terapêuticas, apresentadas sem qualquer ordem específica, a existência de respondentes que referiram a sua utilização para estabelecer comunicação terapêutica, ainda que em percentagens diferentes. A tabela com a totalidade dos dados apresenta-se em anexo (anexo XIV, tabela nº 32).

Com uma percentagem de concordância superior a 70%, foram identificadas todas as técnicas referidas pela autora como terapêuticas à exceção de duas: traduzir em sentimentos e encorajar a comparação.

Com igual percentagem de concordância foram assinaladas as técnicas não terapêuticas, de acordo com a autora mobilizada, tranquilizar, mostrar a existência de um recurso externo, aconselhar, interrogar, interpretar e investigar.

Entre 50% e 70% dos respondentes assinalaram a sua concordância quanto à utilização das técnicas terapêuticas traduzir em sentimentos e encorajar a comparação e não terapêuticas aprovar, racionalizar os sentimentos expressos, defender e testar.

Entre 20 e 50% dos enfermeiros assinalaram concordância com a utilização para estabelecer comunicação terapêutica das técnicas, não terapêuticas, discordar, desafiar, rejeitar, minimizar os sentimentos expressos e exigir uma explicação.

Menos de 20% dos respondentes referiram utilizar para estabelecer comunicação terapêutica as técnicas não terapêuticas – usar negação, responder literalmente, fazer comentários estereotipados.

Perante uma grande diversidade de posições quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica submeteram-se os dados a uma análise multivariada. Para tal, selecionaram-se as técnicas em que houve menos de 80% de concordância dos inquiridos quanto a tratar-se de técnicas usadas para estabelecer comunicação terapêutica.

Chegou-se assim às 24 técnicas, variáveis ativas, e que são as seguintes: pedir esclarecimento, procurar validação consensual, proporcionar pistas gerais, fazer uma observação, traduzir em sentimentos, encorajar a comparação, verbalizar dúvida, confrontar com a realidade, rejeitar, defender, fazer comentários estereotipados/estereotipar, aprovar, desaprovar, discordar, interrogar, investigar, desafiar, testar, exigir explicação, minimizar sentimentos

expressos, responder literalmente, usar negação, racionalizar os sentimentos expressos e interpretar.

Como resultados dessa análise, obteve-se uma primeira dimensão, que explica 23,7% da variância total, que é construída essencialmente pelas posições face às variáveis rejeitar, exigir explicação, desaprovar, discordar e usar a negação, ou seja, técnicas não terapêuticas. A segunda dimensão, que explica 7,4% da variância total, foi construída a partir das posições nas variáveis desaprovar, proporcionar pistas gerais, racionalizar os sentimentos expressos, traduzir em sentimentos, encorajar comparação, procurar a validação, ou seja, um conjunto onde predominam técnicas terapêuticas.

A partir das posições calculadas para os respondentes, em função das suas respostas, chegou-se a uma classificação em 3 perfis, cuja designação assenta na descrição de cada um, e são os seguintes:

Perfil 1 (17,2% dos respondentes) – *Concordância indiferenciada*: demarca-se dos demais perfis por haver uma tendência generalizada para a concordância com técnicas como interrogar, desafiar, aprovar, rejeitar, investigar, testar e defender, ou seja, técnicas de comunicação não terapêuticas. Concordaram de forma expressiva com verbalizar a dúvida, encorajar a comparação, confrontar com a realidade, traduzir em sentimentos, racionalizar os sentimentos expressos, pedir esclarecimentos e interpretar. Apresentaram ainda valores significativos de concordância com responder literalmente, usar a negação, proporcionar pistas gerais e fazer comentários estereotipados.

Caracterizam-se pela sobrerrepresentação de detentores do grau de licenciado, de não detentores do título de especialista, de serem enfermeiros que se dedicam à prática clínica e que têm até 10 anos de exercício profissional.

Perfil 2 (25,2% dos respondentes) – *Rejeição das técnicas não terapêuticas e incerteza em algumas terapêuticas*: expressaram de forma bastante homogênea a não concordância com desafiar, rejeitar, exigir explicação, minimizar sentimentos, desaprovar, discordar, responder literalmente, usar a negação, racionalizar sentimentos, traduzir em sentimentos, e encorajar a comparação. Foram unânimes na não concordância com, fazer comentários estereotipados. Dividiram-se na concordância vs. não concordância quanto ao aprovar, testar, defender, fazer uma observação, proporcionar pistas, interpretar,

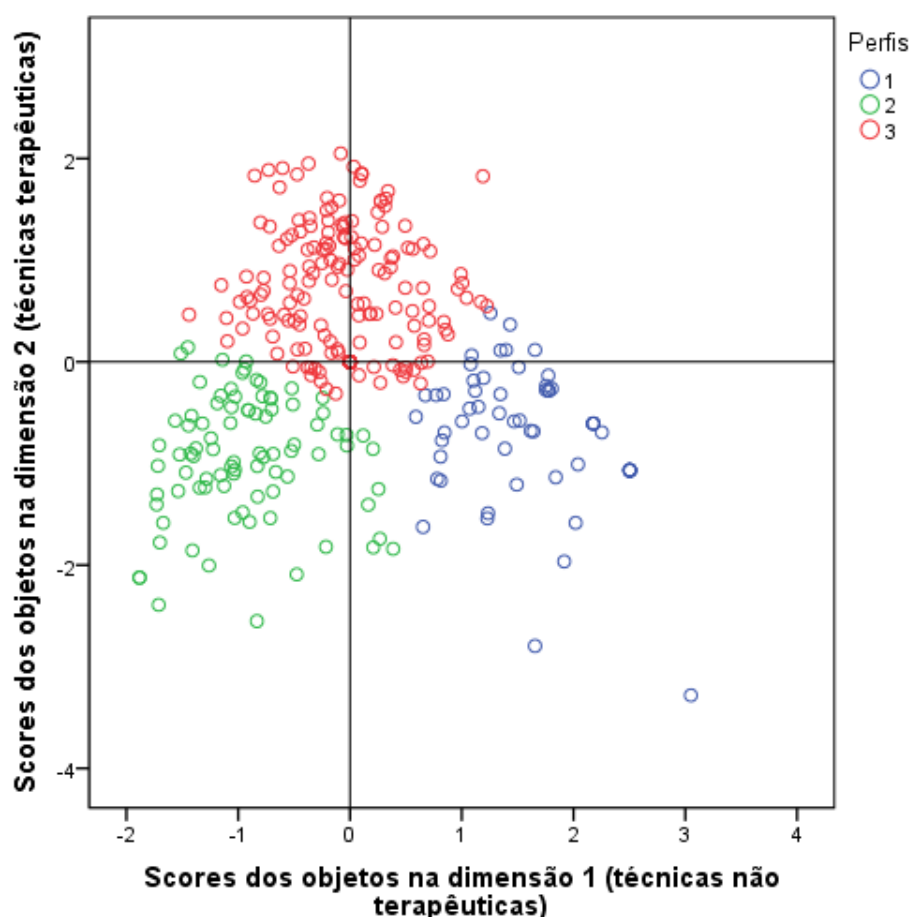
procurar validação, verbalizar a dúvida e confrontar com a realidade. Em termos de características, destacam-se por uma representatividade ligeiramente mais elevada as habilitações académicas superiores à licenciatura, uma percentagem significativa de enfermeiros que se dedicam à prática docente e de enfermeiros que assinalaram, outro, na atividade atual.

Perfil 3 (57,6% dos respondentes) – *Rejeição da maioria das técnicas não terapêuticas e concordância com as terapêuticas*: destacam-se pela não concordância com desafiar, rejeitar, exigir uma explicação, minimizar sentimentos, discordar, fazer comentários estereotipados, responder literalmente, usar a negação, ainda que sejam ligeiramente menos assertivos do que os do perfil 2. Manifestaram a sua não concordância com o desaprovar. Concordaram com interrogar, aprovar, investigar, fazer uma observação, proporcionar pistas, interpretar, racionalizar sentimentos e traduzir em sentimentos, assim como encorajar a comparação, verbalizar a dúvida e confrontar com a realidade ainda que de forma não tão expressiva quanto o perfil 1. Houve um forte sentido de recurso à técnica procurar validação consensual. Tal como o perfil 2, dividem opiniões no que se refere ao testar e ao defender.

É, dos três perfis, aquele que apresenta maior representatividade do sexo feminino. Há uma sobrerrepresentatividade de habilitações académicas mais elevadas e da detenção do título de especialista. Os que tem mais anos de experiência profissional (mais de 10 anos) estão em maioria neste perfil, com destaque particular para as atividades de docência, gestão e o exercício atual de mais de uma atividade profissional.

Nas tabelas em anexo (anexo XIII), é possível visualizar as diferenças de respostas entre os três perfis.

Figura nº 3 – Representação gráfica dos indivíduos segundo o perfil a que pertencem, projetados a partir dos valores dos seus scores nas dimensões 1(técnicas não terapêuticas) e 2 (técnicas terapêuticas)



A representação gráfica dos perfis, figura nº 3, ilustra bem as três nuvens de respostas anteriormente descritas. No entanto, ela não dispensa, para melhor compreensão, a descrição mais exaustiva dos perfis, feita anteriormente.

No quadrante inferior direito, associada a uma aceitação das técnicas terapêuticas, encontra-se representado o perfil 1; no sentido oposto de resposta quanto às técnicas não terapêuticas, mas com um sentido de resposta próximo no que se refere às técnicas terapêuticas encontram-se os indivíduos do perfil 2; com posicionamentos heterogêneos face às técnicas não terapêuticas (que os coloca dispersos ao longo do vetor que representa a dimensão 1) mais próximo no que toca às terapêuticas encontra-se a representação do perfil 3.

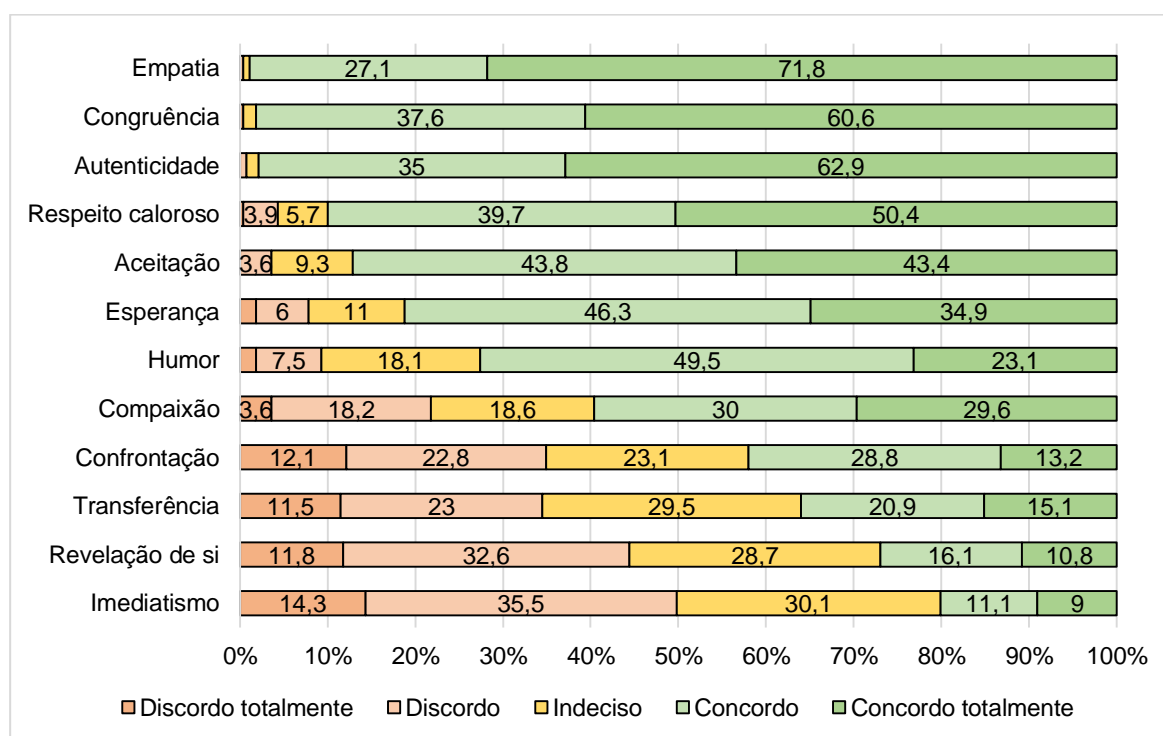
2.2.5 – Atitudes do enfermeiro

A questão 32 refere-se às atitudes do enfermeiro. Perante um conjunto de atitudes foi solicitado aos inquiridos que assinalassem o seu grau de concordância com a afirmação «*para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de*» em relação a cada uma das atitudes apresentadas.

Nesta questão (32), efetuou-se o cruzamento dos dados referentes a cada uma das atitudes apresentadas com as variáveis independentes: sexo, habilitações académicas, título de especialista, categoria profissional, atividade atual e tempo de exercício profissional. Aplicou-se a cada um dos resultados o teste de V de Cramer.

Apresentam-se apenas os resultados com significância estatística.

Gráfico nº 10 – Opinião dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de...»



Mais de 90% dos enfermeiros assinalaram concordar que para comunicar de forma terapêutica, é essencial uma atitude de empatia, congruência, autenticidade e respeito caloroso, sendo que mais de 50% destes referiram

concordar totalmente. Destacam-se igualmente com uma elevada percentagem de concordância as atitudes de aceitação (87,2%) e esperança (81,2%).

Um aspeto que ressalta do gráfico é a percentagem de indecisos quanto às atitudes de humor, compaixão, confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo, que se situam entre os 18,1 e os 30,1%, sendo que para as 4 últimas atitudes é superior a percentagem dos que não concordaram (por indecisão ou discordância) em relação aos que concordaram. Os resultados podem ser confirmados na tabela nº 33 em anexo (anexo XV).

O cruzamento da informação sobre as variáveis independentes e a relacionada com as atitudes aponta para uma diferenciação de opiniões nas atitudes:

esperança em função do tempo de exercício profissional (V de Cramer: 0,221; Sig: 0,009), tendo sido os que trabalham há mais de 10 anos que mais concordaram;

aceitação em função das habilitações académicas (V de Cramer: 0,168; Sig: 0,015), em que foram os detentores do grau de mestre que mais concordaram;

revelação de si em função das habilitações académicas (V de Cramer: 0,215 Sig: 0,001), tendo sido os detentores do grau de doutor os que mais concordam.

Os resultados apresentados indicam que há evidência estatística para considerar as variáveis: tempo de exercício profissional e habilitações académicas diferenciadoras da opinião dos enfermeiros quanto aos aspetos mencionados, ainda que, com uma associação de fraca intensidade.

Foram ainda incluídas no questionário 3 perguntas abertas e um espaço livre de resposta: a pergunta 33 – Refira três diagnósticos de enfermagem, por ordem decrescente de importância, onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica; a pergunta 34 – Refira três intervenções de enfermagem, por ordem decrescente de importância, que requerem a utilização de comunicação terapêutica, e ainda as perguntas 35 e 36 que permitiam a inclusão opcional de outros aspetos.

As respostas às perguntas 33 e 34 são apresentadas de seguida. Quanto às questões 35 e 36, apenas houve 7 respostas, que não trouxeram novos elementos aos já apresentados, pelo que não foram incluídos.

2.2.6 – Diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica

Os diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica, foram obtidos através das respostas à pergunta 33.

Perante a diversidade de terminologias utilizadas pelos enfermeiros, com evidência para a identificação do foco, utilizou-se como referência para a apresentação das respostas, o foco com a terminologia CIPE (versão 1.0) quando o termo ou expressão utilizada pelos enfermeiros remetia diretamente para ele, nas outras situações foi considerada a formulação tal como descrita pelos enfermeiros.

A cada respondente foi dada a possibilidade de indicar até 3 diagnósticos de enfermagem, pelo que o N (de 463) corresponde ao somatório das respostas obtidas.

Tabela nº 26 – Distribuição de respostas quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica

Diagnósticos / focos de enfermagem	N	%
Ansiedade	64	13,8
Conhecimento	34	7,3
Adesão ao regime terapêutico	29	6,3
Luto	19	4,1
Dor	18	3,9
Aceitação do estado de saúde	17	3,7
Medo	15	3,2
Adaptação	13	2,8
Comunicação	13	2,8
Auto estima	12	2,6
Autocontrolo	11	2,4
Autocuidado	10	2,2
Gestão do regime terapêutico	9	1,9
Bem estar	8	1,7
Coping ineficaz	8	1,7

Afasia	7	1,5
Stress	7	1,5
Confusão	6	1,3
Humor	6	1,3
Processo de luto	5	1,1
Amamentação	5	1,1
Angustia	5	1,1
Bem estar psicológico	5	1,1
Tristeza	5	1,1
Mobilidade	5	1,1
Outros	127	26,0
Total	463	100,0

Às 463 respostas obtidas (tabela completa (26A) em anexo XVI), corresponde a identificação de 102 diagnósticos/ focos de enfermagem. Destes, 12 foram identificados 10 ou mais vezes; 13 entre 5 e 10 vezes; 30 entre 2 e 4 vezes e 47 foram identificados apenas uma vez.

Destacam-se como focos/diagnósticos em que se adequa a utilização de comunicação terapêutica, mais vezes referenciados, ansiedade com 64 referências (39% do total de respostas), conhecimento com 34 referências (7,3%) e adesão ao regime terapêutico com 29 respostas (6,3%). Foram identificados entre 19 e 12 vezes, luto, dor, aceitação do estado de saúde, medo, adaptação, comunicação e autoestima.

2.2.7 – Intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

As intervenções de enfermagem foram obtidas através das resposta à questão 34.

Perante a questão enunciada, houve enfermeiros que apresentaram uma formulação mais completa de intervenções e outros que apresentaram apenas um termo referente à ação. No sentido de considerar da mesma forma todas as respostas, foram organizadas pela ação descrita pelos enfermeiros.

A cada respondente foi dada a possibilidade de indicar até 3 intervenções de enfermagem, pelo que o N (nesta pergunta, de 428) corresponde ao somatório das respostas obtidas.

Tabela nº 27 – Distribuição de respostas quanto às intervenções / ações de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

Intervenções de Enfermagem /Ações	N	%
Promover	53	12,4
Ensinar	30	7,0
Escutar	28	6,5
Apoiar	23	5,4
Estabelecer	16	3,7
Encorajar	15	3,5
Gerir	15	3,5
Avaliar	13	3,0
Facilitar	12	2,8
Informar	11	2,6
Incentivar	11	2,6
Executar	10	2,3
Aconselhar	9	2,1
Explicar	9	2,1
Orientar	7	1,6
Comunicar	7	1,6
Outros	7	1,6
Disponibilizar	6	1,4
Demonstrar	6	1,4
Cuidar da higiene	6	1,4
Assistir	5	1,2
Vigiar	5	1,2
Outras ações	124	28,9
Total	428	100,0

Foram identificadas pelos respondentes 75 intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica. Destas 12 foram referidas 10 ou mais vezes, 10 entre 5 e 10 vezes, 21 entre 2 e 4 vezes e 32 apenas foram referidas uma vez.

Destacam-se como mais vezes identificadas as intervenções/ ações de promover (12,4%), ensinar (7,4%), escutar (6,5%), apoiar (5,4%), estabelecer ((3,7%), encorajar (3,5%) e gerir (3,5%). Apresenta-se em anexo, (anexo XVII), tabela completa (27A) com as intervenções identificadas.

De acordo com a formulação apresentada pelos enfermeiros (tabela nº 34, anexo XVIII), as intervenções mais referidas foram, entre outras: promover a expressão de sentimentos, escuta ativa, encorajar expressão de sentimentos, facilitar expressão de emoções/sentimentos, apoio emocional e/ou no luto, apoiar na tomada de decisão, estabelecer relação de ajuda.

3 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão dos resultados surge, nesta sequência, após a análise dos dados. Como afirma Fortin (2003), trata-se de uma etapa com algum grau de dificuldade pois exige um pensamento crítico por parte do investigador.

Pretende-se com este capítulo averiguar da consistência dos dados, ou seja, verificar em que medida os dados são corroborados por outros estudos e autores. Mobilizaram-se, nesta etapa, resultados de estudos direcionados para aspetos concretos desta investigação, por não se terem encontrado estudos onde a comunicação terapêutica fosse estudada na perspetiva que se apresenta.

3.1 – TRABALHO PRELIMINAR

Sendo um plano de estudos um modelo que oferece diretrizes e encerra um conjunto organizado de unidades curriculares que conduzem à concretização de um determinado curso, é expectável, pela importância que os diferentes autores lhe atribuem, que os planos de estudo dos cursos de licenciatura em enfermagem incluam unidades curriculares e conteúdos específicos de comunicação e de comunicação terapêutica.

A constatação de que nem todos os planos incluem unidades curriculares com alusão específica à área da comunicação poderá fazer questionar o estatuto que a mesma ocupa. No entanto, verificou-se que em todas as situações em que foi possível consultar os conteúdos das unidades curriculares se encontraram aspetos referentes à comunicação, por vezes incluídos em unidades curriculares cuja designação não aludia diretamente à mesma.

Este aspeto foi reforçado numa das respostas que se obteve, e que parece poder ilustrar a realidade, ao referir que “os assuntos relacionados com a comunicação não surgem explícitos no currículo sob a forma de unidades curriculares, no entanto, é um dos temas abordados ao longo de todo o curso, nomeadamente quando simulamos consultas em sala de aula e em cada ensino clínico, pois a comunicação é uma ferramenta fundamental na enfermagem”.

Salienta-se ainda o facto de ser pontual a inclusão, nos planos de estudo, de conteúdos referentes a comunicação terapêutica, o que analisado em paralelo com outros resultados deste estudo, nomeadamente o posicionamento face a alguns aspetos, dos enfermeiros com menos experiência, leva a refletir sobre a

necessidade de que estes assuntos sejam mais valorizados na formação inicial dos enfermeiros. Considera-se importante a sua inclusão explícita nos planos de estudo, uma vez que a capacidade de usar de forma eficaz a comunicação terapêutica é ensinada na formação em enfermagem (Kleier, 2013).

Tendo em conta que qualquer curso, bem como o plano de estudos que o sustenta, podem e devem ser adequados ao longo do tempo como resultado do processo de avaliação a que periodicamente são sujeitos, considera-se pertinente repensar a inclusão explícita de unidades curriculares e /ou conteúdos explícitos referentes à comunicação e à comunicação terapêutica, pois, como afirma Pereira (2008), a competência comunicativa emerge como um aspeto essencial para os enfermeiros e neste sentido todos os esforços para ampliar esta competência devem ser desenvolvidos.

Em relação às classificações utilizadas pelos enfermeiros é referida a sua importância para separar, codificar e ordenar os fenómenos de interesse para a enfermagem (Cruz, 2007). Assim, a expressiva presença quer da comunicação quer da comunicação terapêutica, nas classificações analisadas, parece evidenciá-las não só como fenómenos de interesse, mas também, revelar a importância que estas assumem nas intervenções, e nos resultados de enfermagem.

O uso adequado da terminologia organizada em sistemas de classificação, pode melhorar a qualidade dos registos de enfermagem e apoiar as decisões do enfermeiro, (Krogh, Dale, & Naden, 2005). É também relevante na prática clínica, ajudando no reconhecimento do papel clínico e da capacidade de, em conjunto com outros profissionais, influenciar a saúde das pessoas e das populações (Cruz, 2007; Krogh, Dale, & Naden, 2005).

Ao nível da formação, as classificações são apontadas como ferramentas importantes que, permitem aos alunos uma compreensão da enfermagem baseada em conhecimentos e conceitos próprios (Krogh, Dale, & Naden, 2005).

Desta forma, a explicitação da comunicação nas várias classificações, pode tornar mais fácil a sua inclusão na prática clínica e no ensino, sendo simultaneamente reveladora da importância que esta assume para a enfermagem e para os enfermeiros.

Este aspeto é corroborado por diversos autores ao afirmarem que a comunicação é uma parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, e que a habilidade em comunicar é um aspeto essencial no processo interativo.

3.2 – ESTUDO PRINCIPAL

Quanto à **caracterização pessoal e profissional**, os sujeitos do estudo, enfermeiros inscritos na OE, formam um grupo maioritariamente do sexo feminino, distribuição que espelha o que se observa no universo, de acordo com dados da OE (2014).

Têm uma média de idades de 35,7 anos, sendo a moda 30 anos. Constatase que a distribuição dos respondentes pelos grupos etários situados entre os 26 e os 45 anos e ainda o grupo dos 51-55 anos se assemelha à encontrada nos dados apresentados pela OE (2014).

São na sua maioria casados ou solteiros, licenciados em enfermagem, com a categoria profissional de enfermeiros, não especialistas pela OE. Em relação aos especialistas pela OE, constata-se que nas áreas de especialização em enfermagem na comunidade, saúde infantil e pediátrica e médico-cirúrgica a distribuição dos respondentes segue a tendência do universo, de acordo com dados da OE (2014), enquanto nas restantes isso não acontece.

Salienta-se que o número de especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica é mais expressivo, em relação às restantes especialidades, e, também percentualmente superior em relação aos dados da OE (2014). Este facto poderá estar relacionado com a relevância da comunicação nesta área específica, em que a sua inclusão nos cuidados para responder às necessidades que as pessoas apresentam se torna obrigatória.

Dos inquiridos, 52,9% desenvolvem a sua atividade profissional em prática clínica hospitalar, seguida de prática clínica em cuidados de saúde primários e docência. Desenvolvem a atividade profissional em mais do que uma área 10,9% dos inquiridos. Trabalham em maior número na zona sul, seguida da região centro, e apresentam uma média de 13,7 anos de serviço.

Através da análise conjunta dos resultados referentes aos **aspetos caracterizadores da comunicação terapêutica**, verifica-se que os enfermeiros parecem não ter dúvidas de que a utilização da comunicação terapêutica está

presente em mais do que intervenções psicoterapêuticas. No entanto, perante a afirmação de que toda a comunicação que o enfermeiro utiliza é comunicação terapêutica, as opiniões foram menos unânimes. Assim, os resultados parecem ir no mesmo sentido e estar de acordo com o referido por Rubenfeld & Scheffer (1999), ao afirmarem que a comunicação terapêutica é uma expressão empregue de diferentes maneiras no domínio dos cuidados de enfermagem uma vez que, para alguns, ela pode ter uma abordagem terapêutica específica enquanto para outros pode abranger todas as interações cuidador – cuidado.

A forma como se chegou ao posicionamento dos enfermeiros, através da aplicação de um questionário, não permite esclarecer o sentido atribuído por estes à expressão comunicação terapêutica, ou mesmo, que significado atribuem, como definem o termo terapêutica aqui apresentado em conjugação com o termo comunicação e que poderá ter influência nos resultados obtidos.

É possível que para alguns possa assumir um sentido mais linear, curar, que não é o sentido atribuído neste estudo. O termo terapêutico(a), utilizado com referência à comunicação ou a aspetos que a caracterizam, pretende significar que, a sua utilização se deverá “traduzir em benefícios concretos na saúde das pessoas” (Lopes, 2006, p. 281).

A realidade concreta coloca o enfermeiro perante as mais diversas situações de cuidados em que a dimensão psicoterapêutica pode estar presente de forma predominante ou não.

É importante que os enfermeiros tenham em conta como afirma (Phaneuf, 2005) que, de entre as mensagens emitidas, algumas são voluntárias ou intencionais e respondem às necessidades do momento; outras porém são involuntárias, tornando assim difícil que toda a comunicação utilizada pelo enfermeiro seja terapêutica.

Nesta sequência, quando são apresentados aos inquiridos alguns aspetos que, de acordo com vários autores, caracterizam a comunicação terapêutica, há uma quase unanimidade com a maioria deles, ou seja, para mais de 90% dos inquiridos a comunicação utilizada pelos enfermeiros, para ser terapêutica, deve: atender à individualidade da pessoa; identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas; contribuir para a melhoria da prática de enfermagem, responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas; aumentar a

eficácia da relação terapêutica; possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções.

Uma vez que todos os aspetos referidos fazem parte do que referem os autores consultados e do conceito adotado para este estudo, salienta-se que os inquiridos assumiram, pelas respostas obtidas, a sua concordância com o conceito de base.

Salienta-se porém a menor concordância com as afirmações «ser utilizada de forma intencional» e «possuir valor clínico autónomo de outras intervenções». Uma vez que é a intenção que orienta a nossa atenção e através dela se pode escolher um conjunto de possibilidades entre todas as possíveis, então pode considerar-se que esta vai determinar a direção da perceção e da ação o que pode tornar-se decisivo nos cuidados prestados.

A importância da intencionalidade, quando se fala de comunicação terapêutica, é referida por autores como Wold (2013); Fuller (2007) e Neeb (2000). Sendo que intencional significa com intenção, de propósito, fica reforçada a ideia de que é preciso à partida garantir que há um processo consciente que conduzirá aos resultados esperados.

Constatou-se um posicionamento diferente dos enfermeiros perante as afirmações «possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções» em relação à qual a concordância dos inquiridos foi quase total, e, a afirmação «possuir valor clínico autónomo de outras intervenções» em relação à qual 35,6% dos respondentes não concordaram.

A definição apresentada, pelos vários autores referenciados, integra a comunicação terapêutica utilizada pelo enfermeiro no âmbito da sua autonomia, o que é reforçado pela afirmação, de que, a comunicação terapêutica é parte do papel autónomo do enfermeiro e requer pensar de uma maneira específica (Gefaell, 2007).

Entende-se assim que, no âmbito das intervenções autónomas, “ações realizadas pelo enfermeiro sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade de acordo com as respetivas qualificações profissionais...”, (Decreto Lei nº161/96 de 4 de Setembro) os enfermeiros referiram utilizar a comunicação terapêutica, predominantemente, como intervenção complementar a outras intervenções.

Com o objetivo de identificar **técnicas de comunicação e ou técnicas de comunicação terapêuticas** utilizadas pelos enfermeiros na prestação de cuidados, partimos de técnicas de comunicação verbal e não-verbal apresentadas por Chalifour (2008): o toque, a distância, a postura, o olhar, a escuta, o silêncio, a síntese, o questionamento, o feedback e, aconselhar e dar informação.

Perante as afirmações «considero o/a... técnica de comunicação» e «considero o/a... técnica de comunicação terapêutica», especificamente para cada uma das técnicas, mais de 80% dos respondentes consideraram que, à exceção da distância todas elas são técnicas de comunicação e também técnicas de comunicação terapêutica. A concordância demonstrada pelos inquiridos está de acordo com a importância que lhes é atribuída por autores como Townsend, (2011); Chalifour, (2008); Stuart & Laraia, (2006) e Phaneuf, (2005) e determina a importância da sua utilização para estabelecer comunicação/comunicação terapêutica no processo de cuidados.

Kleier (2013) refere que a comunicação terapêutica consiste na utilização de técnicas específicas exemplificando com as questões e a escuta, também integradas neste estudo.

Como já afirmado anteriormente, existem algumas características que ajudam a definir a comunicação terapêutica, tanto teoricamente como na opinião dos enfermeiros. Formularam-se assim, com base nas características identificadas, e para cada uma das técnicas, as seguintes afirmações: «utilizo intencionalmente o/a ... para comunicar de forma terapêutica»; «utilizo intencionalmente o/a... para responder às necessidades das pessoas»; «utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções» e, «utilizo o/a... para responder a uma necessidade minha».

A afirmação dos inquiridos, para cada uma das técnicas, de aspetos considerados fundamentais para assegurar a dimensão terapêutica, vem reforçar a opinião expressa pelos mesmos de que se trata de técnicas de comunicação terapêutica.

O uso intencional, de cada uma das técnicas, assumido expressivamente pela maioria dos inquiridos é, fundamental pois, como se tem vindo a referir, o sucesso da comunicação não é algo casual ou devido ao acaso (Fuller, 2007 e Grau, 1996), requer habilidade e prática. A este propósito, Stuart & Laraia (2006)

afirmam que a efetividade das técnicas de comunicação terapêutica depende da forma como são utilizadas. Se forem utilizadas como respostas automáticas, bloqueiam a formação de uma relação terapêutica, negam a individualidade da pessoa, privando-a da sua dignidade. É fundamental desta forma, para garantir o seu uso terapêutico, que cada uma destas seja utilizada com uma intenção concreta e consciente.

A assunção expressiva pelos enfermeiros da importância da utilização de cada uma das técnicas como intervenção complementar a outras intervenções, parece reafirmar a importância das mesmas no desenvolvimento das funções autónomas e interdependentes do enfermeiro.

Tomar como exemplo intervenções como: fortalecimento de autoestima; treino de assertividade; orientação para a realidade; modificação de comportamento (McCloskey & Bulechek, 2004), desenvolvidas frequentemente pelos enfermeiros, em diferentes contextos de cuidados, pode ajudar a ilustrar o posicionamento destes.

O centro dos cuidados de saúde e mais concretamente dos cuidados de enfermagem é teoricamente a pessoa que a eles recorre.

Na prática, e se a comunicação terapêutica, tal como tem vindo a ser definida, for utilizada pelos enfermeiros, a concretização desta não deixa dúvidas, a pessoa é também aqui o centro dos cuidados. Foi nesse sentido que apontaram as respostas dos inquiridos ao assinalarem a sua concordância em relação à utilização das técnicas para responder às necessidades das pessoas.

A pessoa é assim vista como um todo e de forma individualizada. O enfermeiro identifica as necessidades básicas de cada pessoa, para poder agir sobre elas, tornando a pessoa sujeito ativo ao longo de todo o processo (Pontes, Leita, & Ramos, 2007).

Este é um aspeto de grande relevância ao considerar-se como refere Kleier (2013) que a comunicação centrada na pessoa está associada a melhor adesão ao tratamento, melhoria no estado de saúde, aumento da satisfação e maior precisão nos diagnósticos.

Perante a afirmação «*utilizo para responder a uma necessidade minha*», o sentido de resposta dos inquiridos não foi tão consensual. Aumentou a percentagem de discordantes e de indecisos e diminuiu a percentagem dos que

concordaram, mas continuou a haver inquiridos que assinalaram a utilização das técnicas apresentadas para responder a uma necessidade sua.

Perante este facto impõe-se questionar: quem assume nestas circunstâncias o centro dos cuidados? De que modo ficam asseguradas as características consideradas por estes, para a comunicação terapêutica? Será a utilização - em situação de cuidados - das diferentes técnicas dirigidas às necessidades do enfermeiro, um ato consciente e intencional?

A tomada de consciência afigura-se a este propósito também importante uma vez que, e de acordo com o código deontológico, os enfermeiros são profissionalmente responsáveis pelos seus atos, quando decidem fazer ou quando decidem não fazer.

Chalifour (2008) faz uma referência a esta questão em relação ao uso do toque. Este, afirma que é importante que o enfermeiro apreenda, com a maior nitidez possível, se tocar corresponde a uma necessidade sua ou do utente, através da tomada de consciência do que comunica e da intencionalidade com que o faz, aspeto que poderá ser extensível a outras técnicas.

É assim importante ter em conta que a comunicação terapêutica é centrada no paciente, porque quando se centra em quem presta cuidados atende as necessidades deste e não da pessoa cuidada, sendo menos aceite por esta (Kleier, 2013).

Este é um aspeto a que deve atender na utilização de qualquer uma das técnicas apresentadas, pois vem reforçar dois dos aspetos considerados fundamentais para garantir a dimensão terapêutica: a tomada de consciência e a intencionalidade.

Para além dos aspetos transversais às diferentes técnicas, são igualmente relevantes alguns aspetos específicos relativos a cada uma.

Quanto ao **toque** como veículo de informação, os inquiridos parecem não ter dúvidas quanto à sua utilização para transmitir informação, no entanto, foi menor a concordância quanto à utilização do toque para receber informação.

Sendo a utilidade do toque descrita tanto para receber como para transmitir informação, e sendo este utilizado pelo enfermeiro, no seu dia-a-dia, para receber, entre outras, informações como delimitar áreas do corpo, medir sinais vitais, verificar estado da pele (Chalifour, 2008), pode afirmar-se que os

enfermeiros o utilizam quotidianamente. No entanto, e porque cerca de 31% de enfermeiros referiram não concordar com a utilização do toque para receber informação, coloca-se a hipótese de que possa ser utilizado, nestas situações, de forma não intencional.

Estes aspetos são reforçados por Roxo, ao concluir, no estudo do toque na prática clínica, que “os enfermeiros utilizam o toque como forma de comunicação global, utilizando-o nas suas intervenções, chegando a reconhecê-lo como forma de transmitir ideias e emoções” (Roxo, 2008, p. 88).

Alguns inquiridos referiram que utilizam o toque de forma indiferenciada porque acreditam que o toque facilita a relação. Este é um aspeto importante na medida em que, tocar alguém numa situação de cuidados, exige uma atenção muito especial, uma vez que, tocar alguém de forma casual pode provocar sensação de invasão da sua privacidade (Stuart & Laraia, 2006).

Tendo havido 84,9% de enfermeiros que assinalaram a utilização intencional do toque, e 25,2% que assinalaram a sua utilização indiferenciada, parece haver enfermeiros que simultaneamente referiram a utilização intencional e indiferenciada do toque, o que pode levar a refletir.

Procuraram-se estudos que pudessem trazer subsídios a esta reflexão e encontrou-se nas conclusões obtidas por Roxo (2008), a afirmação de que os enfermeiros utilizam o toque como forma de comunicação global, e, em Dell'Acqua, Araújo, & Silva (1998) que os enfermeiros dão ênfase à importância do toque espontâneo com o objetivo de ajudar e interagir.

A **distância** foi outra das técnicas de comunicação apresentadas e a que obteve para todas as afirmações menor concordância dos inquiridos, à exceção de «utilizo a distância para responder a uma necessidade minha» em que a concordância foi maior.

Perante a tendência das respostas obtidas, parece pertinente refletir no termo em si. Apesar de distância ser o termo apresentado por Chalifour (2008), este pode ter como sinónimo afastamento o que poderá influenciar na sua representação.

Tal como acontece em relação a outros aspetos, não há unanimidade na forma como os autores os apresentam ou se lhes referem. Constata-se por exemplo que Stuart e Laraia (2006) abordam a distância como espaço, e Phaneuf

(2005) lhe acrescenta o termo proxêmica, termos que poderão não representar a mesma coisa para cada enfermeiro.

Trata-se, no entanto, de um aspeto muito importante pois, como afirma Gefaell (2007), quando se trabalha ajudando outros seres humanos não é fácil encontrar a distância e a maneira adequada, o que para o enfermeiro poderá ser um desafio.

Em relação à **postura**, assumida por Chalifour (2008) e Phaneuf (2005), como sendo de primordial importância, as respostas dos enfermeiros demonstram atenção também a alguns aspetos mais específicos da utilização da mesma, salientando-se uma postura que permita o contato visual e que garanta o conforto possível. Através da postura adotada o enfermeiro mostra o tempo e a importância que entende consagrar à pessoa de que se ocupa (Phaneuf, 2005).

Adotar uma postura que promova o contato visual com a pessoa cuidada permite também uma troca de informações muito úteis (transmitindo e recebendo), ampliando assim as hipóteses de sucesso da comunicação, e evidenciando simultaneamente a interligação existente entre as diferentes técnicas utilizadas e o sucesso obtido.

O **olhar** constitui o primeiro sentido utilizado para entrar em contacto com o outro e nas profissões de ajuda constitui um importante modo para entrar em relação (Chalifour, 2008). O posicionamento dos inquiridos em relação às afirmações sobre o olhar reforça, ao assumirem os objetivos a atingir, a dimensão intencional do uso do olhar, mesmo tendo em conta como afirma Chalifour (2008 p, 144) que “o olhar constitui um meio de contacto, muito poderoso cujos efeitos escapam parcialmente à nossa vontade”.

A tomada de consciência da diversidade e quantidade de informação que pode ser transmitida e recebida através do olhar, vai aumentar as possibilidades de que este seja utilizado com uma intenção precisa e de um modo concreto.

Quanto mais amplo for o conhecimento relativo ao olhar, também como meio de chegar à individualidade das pessoas, maior poderá ser o sucesso da comunicação com estas, pois “a observação corrente do outro pelo olhar permite apreender as suas reações e, de uma certa maneira os seus estados de alma” (Phaneuf, 2005 p. 74).

A **escuta**, apresentada por Phaneuf (2005), como pedra angular da comunicação, é também segundo esta, primordial na compreensão do que o doente exprime, verbal e não verbalmente de maneira implícita ou explícita. As respostas dos inquiridos revelaram uma concordância clara com a importância da escuta e também com a inclusão da mesma na prestação de cuidados, com valorização das dimensões informativa e afetiva da comunicação.

Camillo e Maiorino (2012) reforçam esta importância ao concluírem que os doentes associam o ato de serem escutados com o facto de se sentirem compreendidos, e, García, Ruiz, Baños, Lázaro & Ramis (2014), acrescentam que a escuta ativa é fundamental para mostrar maior interesse pelos utentes e pelos seus problemas e circunstâncias, ajudando na resolução dos problemas.

É igualmente relevante ter em conta que **o silêncio** deixa subentender que a comunicação é um processo contínuo que apenas cessará no instante em que as pessoas se deixarem” (Chalifour, 2008 p.153), sendo este considerado uma forma de escutar muito benéfica para o cliente e para o enfermeiro. É assim de realçar o facto dos inquiridos terem manifestado expressivamente a sua concordância com a utilização do silêncio, reforçando a sua importância no processo de cuidados.

A **síntese** é apresentada por Chalifour (2008) e Riley (2004) como técnica de comunicação terapêutica e houve em relação a este aspeto uma concordância expressiva dos inquiridos.

A importância da síntese ficou expressa nas respostas dos inquiridos, ao assumirem concretamente a sua utilização para responder às necessidades das pessoas e para complementar outras intervenções o que está de acordo com o que refere Chalifour (2008) quanto às potencialidades desta técnica que apresenta centrada na pessoa, devendo ainda ter presente que esta pode centrar-se sobre os conteúdos, as emoções ou os processos.

Bolander (1998), por sua vez, apresenta como técnica fazer um resumo, e reforça o que é dito por Chalifour (2008), ao afirmar que fazer um resumo ajuda a garantir que enfermeiro e utente estão de acordo acerca das decisões que foram tomadas.

Sendo as **questões** apresentadas como técnica de comunicação, e tendo obtido a concordância dos inquiridos, há que reforçar que a sua utilização deve

visar um objetivo preciso (Chalifour, 2008), aspeto que a concordância expressiva dos inquiridos com as afirmações que remetem para a intencionalidade parece acautelar, devendo igualmente ser usado com precaução, porque pode suscitar reações indesejadas.

O tipo de questões a utilizar é um aspeto importante, ainda que possam ser de grande utilidade qualquer que seja o seu género, por se constituírem em ferramentas preciosas em comunicação (Phaneuf, 2005), e, para fazer progredir a troca verbal.

Obeve, ainda que expressiva, menor concordância a utilização de questões indiretas e fechadas. Quanto às questões indiretas, é fundamental ter em conta que elas deixam ao utente uma maior liberdade de escolha perante a resposta e quando necessário “encorajam o processo de exploração da pessoa e simultaneamente preservam a sua autonomia” (Chalifour, 2008 p.163), permitindo estabelecer uma boa relação de ajuda (Phaneuf, 2005).

Já as questões fechadas, por vezes úteis, podem colocar a pessoa numa situação mais passiva, o que poderá ter influenciado a resposta dos inquiridos, uma vez que para Neeb (2000) as perguntas fechadas correspondem a uma técnica não terapêutica.

Apesar das diversas formas como os diferentes autores organizam estes aspetos, a concordância expressiva com a utilização dos diferentes tipos de questões está de acordo com Phaneuf (2005), ao afirmar que as questões, qualquer que seja o seu género, constituem ferramentas preciosas em comunicação, sendo igualmente importante não esquecer que estas devem ser pertinentes, centrar-se nas preocupações e interesses do doente e decorrer do assunto de que é importante falar (Phaneuf, 2005).

É importante ter em conta como afirma Phaneuf (2005) que, ao utilizar o questionamento, o papel do enfermeiro é, muitas vezes, simultaneamente de escuta, e o silêncio torna-se também comunicação, o que reforça a importância da utilização integrada das diferentes técnicas.

O posicionamento dos inquiridos em relação ao **feedback** está de acordo com o referido por diversos autores, tanto considerando-o um elemento fundamental da comunicação como na concretização do mesmo como técnica. Assumem assim os respondentes, ao terem assinalado a sua concordância, o uso

intencional do feedback na resposta às necessidades das pessoas. Constatase porém que, quando a pergunta é sobre que tipo de feedback utiliza, e portanto, como o selecciona de acordo com o objetivo concreto a alcançar, a percentagem de concordância diminui e a percentagem de indecisos situa-se entre 20 e 30%. As dúvidas podem conduzir a uma opção menos adequada pelo que talvez este seja um assunto a incluir e ou explorar na formação académica e profissional dos enfermeiros.

É interessante verificar a elevada concordância com os aspetos referentes às técnicas **aconselhar** e **dar informação**, sobretudo se tivermos em conta que para alguns autores (nomeadamente Bolander, 1998) aconselhar é uma técnica não terapêutica.

O posicionamento dos inquiridos pode ser revelador de uma postura profissional que coloca a pessoa no centro dos cuidados “reconhecendo-lhe a necessidade de saber, de compreender, o direito de ser esclarecido acerca do que se passa com ele e de poder fazer escolhas” (Chalifour, 2008, p. 175), pois como afirma Peplau (1991, citada por Townsend, 2011, p.121) “o aconselhamento na enfermagem tem a ver com ajudar o doente a lembrar-se e a entender totalmente o que se passa consigo na sua situação atual para que a experiência possa ser integrada em outras experiências de vida em vez de dissociada”.

A reflexão fundamentada dos diferentes aspetos e os resultados do teste V de Cramer, anteriormente apresentados, permitem identificar como variáveis que influenciam mais transversalmente a opinião dos inquiridos, quanto aos aspetos referentes às diferentes técnicas as seguintes: ser detentor do título de especialista pela OE e tempo de exercício profissional.

É importante ter em conta que o tempo de serviço tem sido utilizado como indicador de experiência, uma vez que parece influenciar no estilo de tomada de decisão (Carvalho, et al., 2008). Tendo por base a experiência profissional e de acordo com Benner (2001), são enfermeiros com mais experiência que se encontram mais próximos do estado de proficiente, aquele que é capaz de percecionar as situações na sua globalidade ou de perito, que lhe acrescenta ainda uma série de possibilidades alternativas.

O posicionamento dos inquiridos parece confirmar, como referem os autores, que a experiência profissional, conseguida com mais anos de atividade

profissional, bem como o percurso formativo, se revelam importantes no processo de cuidados, o que é ilustrado pela afirmação de que as habilidades de comunicação melhoram com a prática e a experiência (Jasmine, 2009).

Tal como referido anteriormente, e com o intuito de melhor entender os sentidos de resposta nas dez técnicas indicadas, quanto à utilização de cada uma delas para responder a necessidades da pessoa cuidada ou para responder a necessidades do enfermeiro, procedeu-se a uma análise de correspondências múltiplas.

Dos perfis encontrados salienta-se o perfil 3, por corresponder à maior percentagem de respondentes (42,1%). Designou-se este perfil de centrado na pessoa. Em relação aos restantes perfis, destacam-se como marca específica deste, as habilitações académicas mais elevadas, ser detentor do título de especialista pela OE, tendo ainda uma representatividade maior, face aos restantes perfis, a existência de pessoas com mais de 10 anos de exercício profissional, o que remete para a importância dos percursos profissional e de formação académica e profissional.

No seu quotidiano de cuidados e para obter sucesso na comunicação que estabelece com as pessoas, o enfermeiro deve intencionalmente selecionar as técnicas que, em cada situação, lhe facilitem a concretização dos objetivos desejados.

Não havendo unanimidade entre os teóricos quanto à denominação das **técnicas terapêuticas e não terapêuticas**, e tendo-se constatado que todas as técnicas apresentadas, foram assinaladas como sendo utilizadas para comunicar de forma terapêutica, considera-se que o sucesso da sua utilização terá que ser obrigatoriamente garantido pelos enfermeiros.

É necessário porém que haja uma utilização intencional bem como a definição de objetivos concretos, que se iniciem numa avaliação que tenha em conta o feedback da pessoa cuidada. Sabe-se que as características individuais de cada pessoa, o caráter único de cada situação de cuidados bem como o dinamismo próprio do processo de cuidados, podem conduzir a diferentes intervenções que numa apreciação teórica e global poderão não parecer adequadas mas as minudências da situação torná-las necessárias.

É igualmente importante refletir, apesar do referido, que de entre os perfis traçados para a utilização das técnicas terapêuticas e não terapêuticas sobressai o perfil 1, de concordância indiferenciada e que corresponde a 17,1% dos respondentes.

Este perfil caracteriza-se pela presença expressiva de licenciados, de não detentores do título de especialista, de serem enfermeiros que se dedicam à prática clínica e que exercem a atividade há menos tempo. Perante isto, pode questionar-se, mais uma vez, a importância do percurso profissional e formativo, e, paralelamente repensar a necessidade/importância de que no curso de licenciatura estes aspetos sejam aprofundados ou mais objetivamente trabalhados e também tidos em conta nos primeiros anos de exercício profissional.

Para efetivar de forma terapêutica a comunicação, utilizando as técnicas referidas, é necessário que o enfermeiro manifeste certas **atitudes** ao comunicar com a pessoa cuidada. Consta-se porém que para identificar e descrever os mesmos aspetos, diferentes autores assumem diferente terminologia. Atitudes corresponde ao termo utilizado por Chalifour (2008), no entanto, Townsend (2011) fala de condições essenciais, Stuart & Laraia (2006) e Phaneuf (2005) de habilidades.

Centremo-nos no termo atitude considerando que este significa modo de proceder ou comportamento, ou seja, a forma como agimos, a reação que temos frente aos acontecimentos da vida (Dicionário Houaiss, 2003). Para Townsend (2011 p. 123) trata-se de “um quadro de referência à volta do qual cada indivíduo organiza o conhecimento sobre o seu mundo. Pode ser uma opinião pré-concebida e pode ser seletiva e tendenciosa. As atitudes preenchem a necessidade de encontrar significado para a vida e de dar clareza e consistência ao indivíduo”. Desta forma a atitude torna-se fundamental para os enfermeiros nas situações de cuidados.

Perante as **atitudes** apresentadas, a concordância dos inquiridos foi diversa. As atitudes de empatia, congruência, autenticidade, respeito caloroso, aceitação, e esperança obtiveram a concordância de mais de 80% dos enfermeiros, o que está de acordo com a importância que lhes é atribuída pelos

autores, nomeadamente Townsend (2011), Chalifour (2008), Stuart & Laraia (2006) e Phaneuf (2005).

Esta importância é reforçada por Kestenbergh (2013), ao referir, nos resultados do seu estudo, que a empatia ao ajudar na construção e manutenção de vínculos e na diminuição de conflitos é fundamental a sua utilização no âmbito do exercício profissional de enfermagem.

No entanto, e apesar de todas as atitudes terem obtido a concordância de alguns enfermeiros, salienta-se em relação ao humor, à compaixão, à confrontação, à transferência, à revelação de si e ao imediatismo, a elevada percentagem de indecisos (18,1 a 30,1%) e o facto de, em relação à confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo, a percentagem dos que não concordaram (discordo + indeciso) ser superior à dos que concordaram, atingindo mais de 70% na revelação de si e imediatismo. Estes resultados poderão carecer de uma maior compreensão.

Quanto ao humor, Townsend (2011) define-o como tonalidade emocional sustentada de uma pessoa que influencia significativamente o comportamento, a personalidade e a percepção. A partir desta perspetiva mais geral, facilmente se percebe a importância do mesmo, revelada por Phaneuf (2005) ao afirmar que se trata de uma aptidão que o enfermeiro utiliza para criar um clima de leveza e prazer, ajudando a pessoa a ver a vida de uma forma mais aceitável e tranquila.

As ideias apresentadas são concretizadas por José (2002), ao afirmar que o humor é uma competência dos enfermeiros, mas que só deve ser utilizado por quem tiver aptidão para o fazer, não esquecendo que o seu uso pode ser planeado e deve dirigir-se à pessoa e não à doença.

Pode o posicionamento dos inquiridos sobre o humor, refletir a sua utilização efetiva, tendo em conta como refere José (2002) que, só quem tem aptidão para tal o deve utilizar. Poderá ainda assim ser necessária a sua inclusão na formação dos enfermeiros para que sejam garantidos os princípios da sua utilização.

Em relação à compaixão, e apesar de Chalifour (2008) a apresentar como atitude importante para o enfermeiro, através da qual este pode manifestar interesse pelo cliente, a inclusão da mesma não é transversal aos diferentes autores. Não se encontra em relação a este aspeto a mesma divulgação

encontrada em relação a outros, podendo este ser um fator a ter influência na indecisão ou na discordância manifestada pelos enfermeiros.

A confrontação é, segundo Phaneuf (2005), uma habilidade que exige perícia do enfermeiro, apresentando este aspeto com o ilustrativo título “a confrontação, um instrumento de crescimento pessoal para a pessoa ajudada”. O facto do termo confrontação ter como sinónimos confronto e enfrentamento, pode conferir-lhe alguma agressividade que pode conduzir à sua não utilização.

Apesar de poder ter, entre outros, objetivos como favorecer a tomada de consciência na pessoa, permitir à pessoa cuidada descobrir as suas forças e as suas fraquezas, ajudar a pessoa a reconhecer e a esclarecer os seus comportamentos confusos (Phaneuf, 2005), existe alguma controvérsia quanto à sua utilização (Chalifour, 2008).

Phaneuf (2005), ao apresentar a revelação de si apresenta uma questão pertinente, ou seja, como é que numa relação voltada para a pessoa cuidada se coloca a questão da revelação de si, da pessoa que ajuda. Acrescenta a autora que esta habilidade vai permitir ao enfermeiro, quando a pessoa cuidada enfrenta uma grande dificuldade, e com um objetivo terapêutico, falar-lhe da sua própria experiência numa situação semelhante, e assim pela vivência de uma situação parecida mostrar-lhe que está em condições de a compreender.

Considera-se que se trata de um aspeto importante que, apresentado desta forma, reduz a possibilidade do enfermeiro utilizar a sua experiência falando por falar, mas de forma consciente e intencional a utilize, quando adequado, com o objetivo de exprimir uma compreensão baseada na experiência (Phaneuf, 2005). Este aspeto parece ainda não ser muito claro pois 73,1% dos enfermeiros assinalaram não concordar (por indecisão 28,7% ou por discordância 44,4%), com a revelação de si, como atitude importante para estabelecer comunicação terapêutica.

De acordo com Townsend (2011), a revelação de si próprio, pode ser apropriada quando o enfermeiro considera que a informação pode beneficiar a pessoa de modo terapêutico, não devendo em qualquer situação ser utilizada para responder a necessidades do enfermeiro.

O imediatismo remete para o aqui e agora, para o momento presente. Segundo Phaneuf (2005), trata-se de uma atenção sustentada no momento

presente, de quem presta cuidados. Exige atenção ao que a pessoa ajudada vive no imediato.

Pelas respostas obtidas verifica-se que 79,9% dos enfermeiros não concordaram com esta atitude, o que pode refletir a afirmação de Chalifour (2008) de que, mesmo sendo óbvio que as trocas entre o interveniente e a pessoa ajudada ocorrem no momento presente, este aspeto é frequentemente ignorado e pouco utilizado.

Salienta-se que, em relação às atitudes apresentadas, a maior concordância dos inquiridos parece coincidir com as atitudes com maior divulgação e unanimidade entre os diferentes autores. Talvez seja oportuno considerar a possibilidade de um maior aprofundamento e divulgação das mesmas, para assim, ampliar também o leque de oportunidades para uma intervenção terapêutica do enfermeiro.

Os **diagnósticos de enfermagem**, designação não médica de um problema real ou potencial (Neeb, 2000), ou "rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenómeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem" (ICN, 2011, p. 16), têm, entre outras, a finalidade de facilitar os cuidados de enfermagem a uma pessoa, uma família ou uma comunidade

Em Portugal é utilizada a classificação internacional para a prática de enfermagem. Verificou-se nas respostas dos enfermeiros que, para designar os diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica, fizeram referência predominantemente ao foco.

Foi assim que se chegou à identificação de 102 diagnósticos/focos de enfermagem.

Entre os mais referidos encontram-se a ansiedade e o medo que são emoções, a aceitação e adaptação que remetem para processo de coping, a comunicação como comportamento interativo e o conhecimento que inclui a dimensão informativa (ICN, 2005). Cuidar de alguém que apresente os diagnósticos identificados exige que o enfermeiro planeie o uso da comunicação e a utilize para responder às verdadeiras necessidades de cada pessoa.

A ansiedade é uma das emoções a que Gefaell (2007) e Sequeira (2006) fazem referência. Prestar cuidados de enfermagem a pessoas com ansiedade remete para a utilização da comunicação terapêutica também porque

obrigatoriamente a pessoa deve estar implicada, assumindo o centro dos cuidados.

É ampla a diversidade de diagnósticos que os enfermeiros identificaram e abrange diversos contextos de cuidados, deixando também por esta diversidade antever a importância das dimensões afetiva e informativa da comunicação bem como, a importância de assegurar o seu uso terapêutico.

Os diagnósticos identificados exigem sem dúvida a utilização de comunicação terapêutica e remetem para as **intervenções de enfermagem**, também identificadas pelos inquiridos, e que irão produzir alterações nos diagnósticos e permitir assim, alcançar resultados de que o enfermeiro é responsável.

A formulação das intervenções de enfermagem correspondeu, em algumas situações, apenas à identificação da ação. Foram identificadas 75 intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica.

Intervenções de enfermagem são "ações tomadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem" (ICN, 2011, p. 16).

As intervenções/ações mais identificadas pelos enfermeiros foram promover, ensinar, escutar, apoiar e estabelecer. Considerar a descrição mais completa das intervenções que requerem a utilização de comunicação terapêutica (anexo XVIII), efetuada por alguns enfermeiros, permitiu identificar como intervenções mais referenciadas: promover a expressão de sentimentos, apoiar emocionalmente e/ou no luto, encorajar expressão de emoções, facilitar a expressão de emoções/sentimentos, entre outras.

Implementar as intervenções descritas exige utilização da comunicação terapêutica e remete para a dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem em que como resposta a um diagnóstico de enfermagem o enfermeiro intencionalmente dá início a uma ou mais intervenções.

Só a utilização da comunicação assegurando as suas características principais como, ser intencional, atender à individualidade da pessoa, identificar e responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas irá garantir a dimensão terapêutica da mesma e, dessa forma, implementar as intervenções referidas.

Podendo a importância da sua utilização considerar-se transversal aos diferentes contextos de cuidados, é nos mais relacionados com a área da saúde mental que as intervenções identificadas se tornam imprescindíveis para o enfermeiro. Só desta forma os cuidados prestados pelos enfermeiros assentam num processo interpessoal e permitem atingir os objetivos de promover a saúde mental e contribuir para o processo de tratamento e reabilitação da pessoa (Sequeira, 2006).

Pode afirmar-se que os diagnósticos e as intervenções de enfermagem identificados pelos enfermeiros, como requerendo a utilização da comunicação terapêutica, tornam clara a sua importância em diferentes contextos e situações de cuidados, para garantir a prestação de cuidados individualizados.

4 – CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES

Neste capítulo apresentam-se as principais conclusões do estudo realizado e incluem-se também algumas sugestões e implicações consideradas importantes para a enfermagem.

4.1 – TRABALHO PRELIMINAR

A presença expressiva de referências a comunicação e/ou a comunicação terapêutica, nos diferentes documentos analisados, constitui-se num indicador importante da relevância desta temática para a enfermagem.

Em todos os planos de estudo em que foi possível consultar os conteúdos a lecionar, encontrou-se referência a conteúdos específicos da área da comunicação, tendo-se constatado que estes são lecionados em unidades curriculares cuja designação pode incluir, ou não, referência direta à comunicação.

Em 71% das escolas em que se acedeu à informação, os planos de estudo do 1º ciclo incluíam unidades curriculares e /ou conteúdos com referência explícita à comunicação.

Quanto às classificações analisadas, na classificação das intervenções de enfermagem (NIC), identificou-se comunicação e/ou comunicação terapêutica em 91% das intervenções classificadas.

Na classificação dos resultados de enfermagem (NOC), aproximadamente metade dos resultados classificados (49%), apresentaram indicadores que remetem para a comunicação ou para a comunicação terapêutica.

Na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), encontrou-se referência a comunicação ou a comunicação terapêutica em 20% das ações descritas.

4.2 – ESTUDO PRINCIPAL

Quanto à caracterização pessoal e profissional, os participantes do estudo são predominantemente do sexo feminino e têm uma média de idades de 35,7anos, sendo o mínimo de 21 e o máximo de 56 anos. Quanto ao estado civil, a maioria são casados.

A licenciatura corresponde à formação académica da maioria dos inquiridos (67,5%), seguida pelo mestrado (28,5%).

Dos inquiridos 43% são detentores do título de especialista pela OE e a maioria destes (26,3%) são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, seguida por valores próximos entre si dos especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, na comunidade e infantil e pediátrica.

Quanto à categoria profissional a maioria são enfermeiros da prática clínica (86,9%), que exercem atualmente a sua atividade profissional em prática clínica hospitalar, correspondendo também esta à área em que possuem mais experiência.

A média de anos de exercício profissional é de 13,7.

As instituições onde a maioria exerce atividade são centros hospitalares/hospitais.

Os participantes do estudo foram maioritariamente concordantes quanto à utilização da comunicação terapêutica pois, 94,2% dos inquiridos referiram que esta é utilizada em mais do que apenas intervenções psicoterapêuticas e 54,7% concordaram que toda a comunicação utilizada pelos enfermeiros é comunicação terapêutica.

A comunicação terapêutica deve, para os inquiridos, atender à individualidade da pessoa, identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas, contribuir para a melhoria da prática de enfermagem, responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas, aumentar a eficácia da relação terapêutica, possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções. Ser utilizada de forma intencional e possuir valor clínico autónomo de outras intervenções são características também assinaladas, no entanto salienta-se o facto de terem obtido uma menor concordância.

Os resultados obtidos revelaram que todas as técnicas apresentadas foram consideradas, pelos inquiridos, técnicas de comunicação e técnicas de comunicação terapêutica.

O toque, o olhar, a escuta, o silêncio, o questionamento e o feedback, foram consideradas em simultâneo nas duas categorias por mais de 90% dos respondentes.

A distância é a técnica que obteve menor concordância dos enfermeiros quer como técnica de comunicação quer como técnica de comunicação terapêutica.

Destaca-se que, há exceção da distância, para mais de 80% dos inquiridos as técnicas são utilizadas de forma intencional para estabelecer comunicação terapêutica.

O uso intencional das técnicas para responder às necessidades das pessoas foi assinalado pelos inquiridos.

O posicionamento dos inquiridos permitiu concluir a expressiva concordância dos mesmos quanto à utilização das técnicas como intervenção complementar a outras intervenções.

A distância é quanto aos aspetos referidos a técnica em que a percentagem de concordância foi menor.

O trabalho estatístico de cruzamento da informação obtida com as variáveis independentes permitiu identificar as que mais se evidenciam como diferenciadoras quanto ao posicionamento assumido pelos inquiridos.

O título de especialista é a variável mais diferenciadora quanto à utilização das técnicas para responder a necessidades do próprio enfermeiro, identificando-se a sua presença em todas as técnicas, com exceção da distância. Foram os inquiridos não detentores do título de especialistas pela OE que maioritariamente concordaram com a utilização das técnicas com este fim.

A atividade atual é a variável mais diferenciadora na identificação das técnicas como técnicas de comunicação terapêutica, surgindo com significância estatística no toque, escuta, síntese, questionamento e aconselhar e dar informação. A maior concordância foi assinalada, para o toque pelos enfermeiros da prática docente, para aconselhar e dar informação pelos que desenvolvem a sua atividade na prática clínica e para as restantes pelos que se dedicam à gestão.

A variável tempo de exercício profissional apresenta significância estatística, em diferentes aspetos, nas técnicas: toque, distância, postura, escuta, síntese, questionamento e aconselhar e dar informação. A maior concordância foi dos inquiridos que trabalham há mais de 10 anos, sendo que apenas no que se refere à utilização das técnicas para responder a necessidades do próprio

enfermeiro a maior concordância foi apresentada pelos que trabalham há menos tempo (até 10 anos).

A análise dos resultados permitiu concluir que a utilização das técnicas de comunicação terapêutica, pode ter como finalidade responder a necessidades da pessoa cuidada e/ou responder a necessidades do próprio enfermeiro.

Perante a constatação anterior e através de análise de correspondências múltiplas chegou-se à definição de 4 perfis: autocentrado e centrado na pessoa que corresponde a 30,9% dos inquiridos; tecnicista(?) 5,7%; centrado na pessoa 42,1%, e indefinido que representa 21,2% dos enfermeiros.

Verifica-se assim que o perfil que integra mais respondentes é o perfil 3 – centrado na pessoa. É o perfil onde o sexo feminino tem maior representatividade. As habilitações mais elevadas (mestrado e doutoramento) e o título de especialista são a marca deste perfil, havendo também um peso significativo de profissionais que se dedicam à docência, assim como de pessoas com mais de 10 anos de exercício profissional.

A não unanimidade dos autores quanto à designação das técnicas de comunicação terapêuticas e não terapêuticas também se revelou nas respostas dos enfermeiros, pois, todas as técnicas apresentadas, terapêuticas e não terapêuticas, foram assinaladas como sendo utilizadas para comunicar de forma terapêutica. A análise de correspondências múltiplas permitiu identificar 3 perfis:

perfil 1 (17,2%) - *concordância indiferenciada* onde há maior representação de detentores do grau de licenciado, de não detentores do título de especialista, de enfermeiros da prática clínica e que exercem a atividade há menos de 10 anos;

perfil 2 (25,2%) – *rejeição das técnicas não terapêuticas e incerteza em algumas terapêuticas*. Em termos de características, destaca-se pela representação ligeiramente mais elevado de habilitações académicas superiores à licenciatura, por uma percentagem significativa de enfermeiros da prática docente e de enfermeiros que se dedicam a outras atividades;

perfil 3 (57,6%) – *rejeição da maioria das técnicas não terapêuticas e concordância com as terapêuticas*. Há uma maior representatividade de habilitações académicas mais elevadas e da detenção do título de especialista.

Os que têm mais anos de experiência profissional estão em maioria neste perfil, com destaque particular para as atividades de docência e gestão.

Mais de 80% dos inquiridos consideraram que para comunicar de forma terapêutica são essenciais as atitudes de empatia, congruência, autenticidade, respeito caloroso, aceitação e esperança.

Importa salientar também que entre 18,1% e 30,1% dos inquiridos assinalaram indecisão quanto às atitudes de humor, compaixão, confrontação, transferência, revelação de si e imediatismo, sendo que para as 4 últimas foi maior a percentagem dos que discordaram em relação aos que concordaram.

A análise dos resultados obtidos permitiu concluir que a maioria dos inquiridos referiram usar comunicação terapêutica tendo também caracterizado essa mesma comunicação terapêutica e identificado quais as técnicas mais consideradas para comunicar de forma terapêutica.

Quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica, os inquiridos identificaram 102 diagnósticos de enfermagem, dos quais se salientam: ansiedade, conhecimento e adesão ao regime terapêutico.

No que se refere às intervenções de enfermagem que requerem utilização de comunicação terapêutica os inquiridos identificaram 75, tendo em muitas delas sido descrita apenas a ação. As intervenções mais identificadas foram promover, promover a expressão de emoções/sentimentos e promover escuta ativa; ensinar; escutar, escuta ativa; apoiar e apoiar emocionalmente e /ou no luto e no processo de tomada de decisão.

Olhar de forma integrada para as diferentes etapas deste estudo, cujos aspetos mais relevantes se encontram sintetizados nas conclusões, permitiu encontrar algumas implicações diretas ou indiretas dos resultados do mesmo para os enfermeiros e para a enfermagem. Apresentam-se assim, de seguida as implicações e sugestões que se evidenciam.

Implicações

Como reconhecido teoricamente, a comunicação terapêutica e a sua utilização pelos enfermeiros, é fundamental para assegurar cuidados de

qualidade, em que obrigatoriamente as pessoas são o centro e veem satisfeitas as suas verdadeiras necessidades.

O presente estudo pode constituir-se numa mais-valia com implicações para a enfermagem, sendo que só o facto de ter sido realizado promoveu momentos de reflexão e de discussão, verbalizados por vários participantes diretamente ou através do espaço deixado em aberto no final do questionário, sobre a temática em questão. Apresenta também outras implicações que se agrupam nos domínios da prática clínica, do ensino e da investigação em enfermagem.

Prática clínica de enfermagem

Não se constituindo como objetivo, em momento algum, avaliar a prática dos profissionais de enfermagem, com este estudo ficam reforçadas não só a importância da comunicação terapêutica como instrumento essencial do cuidado, como também, os ganhos que advêm da sua correta utilização para os cuidadores e para as pessoas cuidadas.

O uso adequado da comunicação terapêutica oferece aos cuidadores, nomeadamente aos enfermeiros, a oportunidade de prestar cuidados de qualidade respondendo de forma adequada às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas, e, às pessoas cuidadas permite que se sintam respeitadas, incluídas no processo, e portanto verdadeiramente centro dos cuidados de enfermagem, porque aquelas “pequenas coisas” que caracterizam a unicidade de cada pessoa e dão sentido à sua vida são assim consideradas.

Os resultados deste estudo permitem concluir que uma elevada percentagem de enfermeiros refere utilizar as técnicas que consideram técnicas de comunicação terapêutica para comunicar com as pessoas, permitindo igualmente identificar quais as características destas que são menos reconhecidas pelos enfermeiros, e qual o perfil dos enfermeiros que concordam mais ou menos. Com base nestes resultados torna-se pertinente sugerir que as instituições e os serviços integrem, na formação contínua dos enfermeiros, a comunicação terapêutica, e de forma especial aspetos identificados no presente estudo para que, sobretudo os enfermeiros mais novos e com menos formação, se tornem mais competentes nesta matéria. Sendo igualmente importante que os mais experientes continuem a colaborar neste percurso não apenas ajudando os

mais novos mas, também continuando o seu percurso de formação para um exercício de excelência.

Em síntese, considera-se que a comunicação terapêutica, constituindo-se transversalmente como um recurso fundamental para o enfermeiro, se apresenta de grande relevância na formulação rigorosa de diagnósticos e na efetividade da intervenção, pelo que, deve ser considerada prioridade, nos diferentes contextos. Esta prioridade deverá ser definida também ao nível da gestão promovendo e ou facilitando a contínua formação dos enfermeiros, não esquecendo a importância destes no incentivo e apoio, sobretudo dos mais novos quanto à utilização da comunicação terapêutica.

Ensino

O presente estudo traz em relação à formação dos enfermeiros alguns dados que merecem ser refletidos e conduzem a algumas sugestões.

São variáveis independentes deste estudo as habilitações académicas que diretamente remetem para o percurso formativo dos enfermeiros, no que se refere aos cursos conferentes de grau e ser detentor do título de especialista pela Ordem dos Enfermeiros que remete para os cursos de especialização em enfermagem que, não conferindo grau académico são parte integrante do percurso formativo dos enfermeiros.

Estas variáveis são identificadas como diferenciadoras no posicionamento dos inquiridos sobre as várias questões e essa identificação permite, para alguns aspetos, através de análise multivariada a construção de perfis.

É desta forma que se chega à identificação dos inquiridos com grau académico mais elevado e com o título de especialista como os que mais concordam com aspetos essenciais da utilização da comunicação terapêutica, o que implica considerar a importância do percurso formativo e simultaneamente o papel da escola.

A análise efetuada, numa fase preliminar deste estudo, aos planos de estudo dos cursos de licenciatura em enfermagem, permitiu concluir que as referências a comunicação terapêutica, nos programas das unidades curriculares a que se acedeu, são pontuais e que só algumas escolas integram nos planos de estudo unidades curriculares que remetem para a área da comunicação.

Cruzando estes aspetos torna-se fundamental que a comunicação terapêutica assuma também nos planos de estudo, da formação inicial em enfermagem, uma maior visibilidade com a inclusão explícita dos aspetos referentes à mesma e incluindo a lecionação e treino de estratégias que permitam aos enfermeiros, desde o início da sua atividade profissional, operacionalizar de forma adequada a comunicação terapêutica como verdadeiro cuidado de enfermagem sem o qual não é possível garantir a cada pessoa cuidados individualizados e humanizados.

Considera-se assim que, também para as escolas, deve ser prioritário garantir que a comunicação e a comunicação terapêutica façam parte integrante dos planos de estudo para a área de enfermagem, abrangendo tanto a dimensão teórica como teórico prática ou mesmo prática.

Investigação em enfermagem

O estudo desenvolvido consiste na aplicação da investigação à área específica de enfermagem, pretendendo-se com este dar contributos para a produção de uma base científica para guiar a prática e contribuir assim para assegurar a credibilidade da profissão (Fortin, 2003). Desta forma utilizou-se o processo científico, com vista à introdução de mudanças (Fortin, 2003), e a uma melhor utilização da comunicação terapêutica pelos enfermeiros.

A comunicação terapêutica é apontada por vários autores como fundamental para uma maior abrangência, sucesso e satisfação com os cuidados prestados, sendo para tal necessário um conhecimento mais concreto das áreas a aprofundar e das limitações a trabalhar, para que esta, seja mais efetivamente garantida nos diferentes contextos e realidades de cuidados, aspetos em relação aos quais o presente estudo dá contributos.

Obtendo-se com este estudo um conhecimento mais aprofundado sobre a forma como os enfermeiros utilizam e consideram a comunicação terapêutica seria importante que fossem desenvolvidos outros estudos que permitissem a comparação dos resultados. Ainda sobre a comunicação terapêutica e a forma como os enfermeiros a utilizam seria interessante ter a perspetiva das pessoas cuidadas e dos familiares das mesmas, o que permitiria compreender este fenómeno duma forma mais ampla e abrangente.

Tratando-se de uma área cujo impacto nos cuidados e na vida das pessoas é amplamente reconhecida, torna-se essencial continuar a desenvolver um corpo de conhecimentos que sustente a tomada de decisões do enfermeiro no que se refere à comunicação terapêutica.

Em síntese, e tendo em conta que é fundamental uma estratégia que promova uma melhor articulação entre os diferentes contextos (formação, investigação e prática clínica) com efetiva implementação da evidência científica nos contextos clínicos, o que irá contribuir para a existência de ganhos em saúde para as pessoas, serviço nacional de saúde e sociedade (Sequeira, 2013), considera-se que as sugestões apresentadas, com base nas conclusões do estudo, se integradas nos diferentes contextos de prática de cuidados e de formação dos enfermeiros, poderão constituir-se num contributo importante para a otimização da utilização da comunicação terapêutica em enfermagem, essencial para a qualidade dos cuidados.

Deste modo, importa garantir que todos os enfermeiros são detentores de um conjunto de competências, ao nível da comunicação, que garantam a utilização da mesma como instrumento terapêutico sempre que necessário.

Dos resultados e conclusões deste estudo emergiram, pela significância estatística que foram apresentando ao longo do mesmo, algumas variáveis independentes, que parecem remeter para a importância dos percursos formativo e profissional dos enfermeiros. Trata-se das variáveis, habilitações académicas, título de especialista e tempo de exercício profissional.

Surgiu igualmente na fase preliminar, a constatação de que há escolas onde o plano de estudos, do 1º ciclo, não inclui nenhuma unidade curricular específica para a área da comunicação.

Da conjugação dos diferentes aspetos e num exercício de síntese, elaborou-se uma proposta (quadro nº 22) que se pretende que seja mais um contributo para a otimização da utilização da comunicação como instrumento terapêutico em enfermagem.

Quadro nº 22 – Proposta para otimização da comunicação como “ferramenta” terapêutica em enfermagem

Dirige-se:	Sugere-se:	Público-alvo	Objetivos	Conteúdos	Estratégias
Instituições de ensino – escolas.	Que os <u>planos de estudo</u> do 1º ciclo em enfermagem incluam: - Unidades curriculares cuja designação explicita a área da comunicação; - Conteúdos explícitos sobre comunicação e comunicação terapêutica.	Estudantes do curso de enfermagem, 1º ciclo.	Desenvolver conhecimentos e habilidades que facilitem a utilização da comunicação como ferramenta terapêutica	1 - Comunicação 1.1 Técnicas de comunicação 1.2 Aspetos essenciais para uma utilização efetiva das técnicas de comunicação 2 - Comunicação terapêutica 2.1 - Definição e características 2.2- Técnicas terapêuticas 2.3 - Técnicas não terapêuticas	De acordo com a natureza dos conteúdos as estratégias deverão permitir: . num plano teórico o acesso e/ou aprofundamento de conhecimentos; . num plano teórico prático e prático o treino através de simulação de situações ou de outras estratégias que envolvam a participação ativa dos estudantes e/ou enfermeiros; . nos contextos, (para os estudantes nos ensinos clínicos e para os enfermeiros sobretudo nos períodos de integração) um acompanhamento que integre a reflexão/ discussão da forma como é efetivada a comunicação e que resultados em saúde daí decorrem.
Instituições de prestação de cuidados	Que os <u>planos de formação</u> contínua dos enfermeiros incluam de forma explícita a área da comunicação com relevância da comunicação terapêutica; Que a <u>integração dos enfermeiros mais jovens</u> seja acompanhada, sempre que possível, por enfermeiros mais experientes e com formação especializada que atentem desde logo à forma como a comunicação é efetivada.	Enfermeiros, sobretudo recém-formados, que trabalhem há menos de 10 anos e não sejam detentores do título de especialista pela OE.	Consolidar conhecimentos e habilidades que promovam a utilização da comunicação como ferramenta terapêutica.	3 - Atitudes essenciais ao estabelecimento de comunicação terapêutica	

Salienta-se, que a proposta que se apresenta, e que emergiu das conclusões, permite algumas sugestões mas, simultaneamente, deixa antever a necessidade de mais investigação tanto direcionada para o ensino de enfermagem como para a prática clínica dos enfermeiros.

O aprofundamento do estudo da utilização da comunicação terapêutica pelos enfermeiros em contextos específicos de prestação de cuidados, onde as necessidades das pessoas são necessariamente diferentes e relacionado com a formação (académica e profissional) dos enfermeiros, permitirá um melhor conhecimento da realidade.

A proposta que se apresenta contempla simultaneamente áreas consideradas no “*inter-professional core curriculum communication*” nomeadamente: inclusão das dimensões verbal e não-verbal da comunicação; habilidades (técnicas) essenciais para comunicar com a pessoa, como sejam; a escuta, o questionamento, a postura, o olhar, o feedback; a utilização da comunicação para responder às verdadeiras necessidades das pessoas; a dimensão do auto conhecimento com a identificação de atitudes essenciais ao desenvolvimento de uma comunicação terapêutica.

Tendo em conta a realidade nacional, esta proposta, inclui aspetos que, se acredita, contribuem para uma utilização mais eficaz da comunicação como ferramenta terapêutica para o enfermeiro e, estão simultaneamente em linha, com o que se prevê venham a ser habilidades a incluir internacionalmente nos currículos das várias profissões em saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguerrebere, P. M. (2011). *Comunicar y curar: Un desafio para pacientes y profesionales sanitarios*. Barcelona: Editorial UOC.
- Alexandre, N. M. & Coluci, M. O. (2011). Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), p. 3061-3068. Acedido Julho 14, 2012, em <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>
- Alligood, M. R. & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería* (7ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- Almeida, V. C., Lopes, M. V., & Damasceno, M. M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau; Análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 39(2), p. 202 - 210. Acedido Setembro 15, 2013, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342005000200011>
- Anatalino, J. (2009). *À procura da melhor resposta: Como usar a programação neurolinguística para construir um eficiente programa de vida*. S. Paulo: Biblioteca 24 horas.
- Avilés, O. M. (2000). *Epidemiologia*. Cuenca- Equador: Ediciones 21.
- Bandler, R. & Grinder, J. (1982). *Sapos em principes: Programação neurolinguística* (10ª ed.). S. Paulo: Summus editorial.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Berlo, D. K. (1999). *O processo da comunicação: Introdução à teoria e à prática*. S. Paulo: Martins Fontes.
- Bertone, T. B., Ribeiro, A. P. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, p. 1-5. Acedido Fevereiro 12, 2013, em <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Bioy, A., Bourgeois, F. & Nègre, I. (2003). *Communication soignant - soigné: Repères et pratiques*. Bréal: Édition: Anne-Béatrice Muller.
- Bishop, S. M. (2004). História e filosofia da ciência. In A. M. Tomey & M. R. Alligood, *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p. 35-45). Loures: Lusociência.

- Bitti, P. R. & Zani, B. (1997). *A comunicação como processo social* (2ª ed.). Lisboa: Editorial Estampa.
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem fundamental: Abordagem psicofisiológica*. Lisboa: Lusodidacta.
- Boubeta, A. R. & Mallou, J. V. (2008). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. Oleiros: Netbiblo, S.L.
- Burns, N. & Grove, S. K. (2005). *Investigación en enfermería* (3ª ed.). Madrid: Elsevier Espana S. A.
- Butts, J. B. & Rich, K. L. (2011). *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Ontario: Jones & Bartlett.
- Cabral, A. (2001). *O Jogo no ensino*. Lisboa: Editorial Noticias.
- Camillo, A. D. & Maiorino, F. T. (2012). A importância da escuta no cuidado de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 17(3), p. 549-555. Acedido Maio 12, 2014, em <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/27826>
- Canut, M. T. (2004). *Enfermería psicosocial y de la salud mental: Marco conceptual y metodológico*. Acedido em Outubro 6, 2013, em <http://www.publicacions.ub.edu/ficha.aspx?cod=06161>
- Carvalho, E. C., Mello, A. S., Napoleão, A. A., Bachion, M. M., Darli, M. B. & Canini, S. S. (2008). Validação de diagnóstico de enfermagem: Reflexão sobre dificuldades enfrentadas por pesquisadores. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (1), p. 235-240. Acedido Janeiro 15, 2014, em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a22.htm>
- Carvalho, H. (2008). *Análise multivariada de dados qualitativos: Utilização da análise de correspondências múltiplas com o SPSS*. Lisboa: Edições Silabo.
- Centeno, M. J. (2009). *O conceito de comunicação na obra de Bateson: Interacção e regulação*. Covilhã: Livros Labcom.
- Chalifour, J. (2008). *A intervenção terapêutica: Os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda* (Vol. 1). Loures: Lusodidacta.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: Estratégias de intervenção* (Vol. 2). Loures: Lusodidacta.
- Coelho, M. T. (2012). *Um utente: Uma pessoa diferente*. Loures : Lusociência.
- Coelho, M. & Sequeira, C. (2013). Comunicação/Comunicação terapêutica em enfermagem: da formação à utilização pelos enfermeiros. *Revista da UIIPS*,

- 4(1), p.55-67. Acedido Maio 22, 2014, em http://www.ipsantarem.pt/wp-content/uploads/2013/07/Revista-da-UIIPS_N4_Vol1_2013_ISSN-2182-9608.pdf
- Corraze, J. (1982). *As comunicações não verbais*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Costa, E. & Jurado, R. (2006). Interacção em saúde. *Referência: revista científica da unidade de investigação em ciências da saúde*, 2, p. 43-49.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática*. Coimbra: Almedina.
- Couto, G. (2005). Prefácio. In F. Nightingale, *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Cruz, D. D. (2007). Classificações em enfermagem: Tensões e contribuições. *Revista Saúde*, p. 20-31. Acedido Março 22, 2014, em revistas.ung.br/index.php/saude/article/download/65/104
- Decreto Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República nº205/96 - I Série - A*. Ministério da Saúde. Lisboa
- Dell'Acqua, M. C., Araújo, V. A. & Silva, M. J. (1998). Toque: Qual o uso atual pelo enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6(2), p. 17-22. Acedido Fevereiro 22, 2014, em <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11691998000200004>
- Dicionário Houaiss da língua portuguesa. (2003) Lisboa: Circulo de leitores.
- Direção geral da saúde (2012). Plano nacional da saúde 2012-2016. Acedido Abril 6, 2013, em <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Estanqueiro, A. (2007). *Saber lidar com as pessoas - Princípios da comunicação interpessoal* (14ª ed.). Barcarena: Editorial Presença.
- Fachada, M. O. (2010). *Psicologia das relações interpessoais*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Fisher, B. A. & Adams, K. (1994). *Interpersonal communication* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Fiske, J. (2002). *Introdução ao estudo da comunicação* (4ª ed.). Porto: Asa.
- Fiziola, C. L., & Ferreira, N. L. (1997). O envolvimento emocional para equipe de enfermagem: Realidade ou mito? *Revista Latino Americana de Enfermagem* 5, p. 9-17. Acedido Janeiro 22, 2014, em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5nspe/v5nspea02.pdf>

- Fortin, M. F. (2003). *O processo de investigação, da concepção à realidade* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fournival, N., Groff, M. A. & Marquet-Wittig, A. (2012). *Relation communication: module 5*. Rueil-Malmaison: Lamarre.
- Fuller, J. K. (2007). *Instrumentación quirúrgica: Teoría, técnicas y procedimientos*. Querétaro México: Editorial Medica Panamericana.
- García, S., Ruiz, J. A., Baños, J. C., Lázaro, A. M. & Ramis, J. S. (2014). La importancia de la escucha activa en la intervención enfermera. *Enfermería Global*, 34, p. 276-292. Acedido Maio 23, 2014, em <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/eglobal.13.2.178261/160601>
- Gefaell, C. V. (2007). *Comunicación terapéutica en enfermería*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería.
- Chiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O inquérito: teoria e prática* (4ª ed.). Oeiras: Celta Ediotora.
- Gómez, M. M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Editorial Brujas.
- Grau, C (1996). *Pour aider à mieux vivre: Les outils de la PNL au service de la relation d'aide*. Suisse: Editions Jouvence
- Guglielmi, A. (2009). *A linguagem secreta do corpo: A comunicação não verbal*. Petrópolis: Vozes.
- Hernandez, I. R. (2011). Comunicación en salud: conceptos y modelos teoricos. *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1),pp. 123-140. Acedido Fevereiro 23, 2013, em <http://publicacionescienciassociales.ufro.cl/index.php/perspectivas/article/view/11/94>
- Hogue, L. L. (2000). *La comunicación: Un arte que se aprende*. Maliaño: Editorial Sal Terrae.
- Hosley, J. & Molle, E. (2006). *A practical guide to therapeutic communication for health professionals*. St Louis: Saunders Elsevier.
- ICN (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- ICN (2011). *CIFE® 2 Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Institute for Healthcare Communications (2011). Impact of communication in healthcare. Acedido Abril 14, 2012, em <http://healthcarecomm.org/about-us/impact-of-communication-in-healthcare/>
- Jasmine, T. J. (2009). The use of effective therapeutic communication skills in nursing practice. *Singapore Nursing Journal*, 36(1), p. 35-38. Acedido Março 17, 2013, em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=17f28fd8-d15f-401d-929e-614e554b8f73%40sessionmgr4005&hid=4212>
- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (2000). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (2ª ed.). S. Paulo: ARTMED EDITORA S.A.
- José, Helena (2002). Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros. Loures: Lusociência.
- Juan, L. C. & Arce, M. (2009). *La relación enfermera-paciente*. Editorial Universidad de Antioquia. Acedido Março 5, 2013, em https://www.google.pt/search?q=La+relaci%C3%B3n+enfermera-paciente.&btnG=Pesquisar+livros&tbm=bks&tbo=1&hl=pt-PT&gws_rd=ssl
- Juan, L. C., Sánchez, M. A. & Balsa, M. C. (2010). *Técnicas de comunicación y relacion de ayuda en ciencias de la salud*. Barcelona: Elsevier España, SA.
- Juárez, A. G., Cabello, B. G., Gómez, D. L., Giralt, I. R. & González, A. V. (2005). *Tecnologías sociales de la comunicación*. Barcelona: Editorial UOC.
- Kestenberg, C. C. (2013). A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 21(4), p. 427-433. Acedido Abril 12, 2014, em <http://www.facenf.uerj.br/v21n4/v21n4a02.pdf>
- Kleier, J. (2013). Disarming the patient through therapeutic communication. *Urologic Nursing*, 33(3), p. 110-133. Acedido Janeiro 18, 2014, em <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&sid=17f28fd8-d15f-401d-929e-614e554b8f73%40sessionmgr4005&hid=4212>
- Krogh, G. V., Dale, C., & Naden, D. (2005). A Framework for integrating NANDA, NIC and NOC terminology in electronic patient records. *Journal Of Nursing*

- Scholarship*, 37(3), p. 275-281. Acedido Janeiro 21, 2014, em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16235870>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República nº 180/2009-I Série*.
Ministerio da Saúde. Lisboa
- Lima, S. F. (2010). *Comunicação e expressão através dos textos*. São Paulo: Biblioteca 24 horas.
- Loch, J. A., Gauer, G. J. & Casado, M. (2008). *Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Lopes, M. J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde LDA.
- Manoukian, A. (2008). *La relation soignant - soigné* (3ª ed.). Malmaison: Editions LAMARRE.
- Marc, E. & Picard, D. (1992). *La interacción social cultura, instituciones y comunicación*. Barcelona: ediciones PAIDOS.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- McCabe, C. (2004). Nurse patient communication: an exploration of patients experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 13(1), p. 41-49. Acedido Fevereiro 18, 2014, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14687292>
- McCloskey, J. C. & Bulechek, G. M. (2004). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Monteiro, A. C., Caetano, J., Marques, H. & Lourenço, J. (2008). *Fundamentos de comunicação* (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Namakforoosh, M. N. (2005). *Metodología de la investigación* (2ª ed.). México: Limusa.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de enfermagem de saúde mental*. Loures: Lusociência.
- Negreiros, P. D., Fernandes, M. D., Macedo-Costa, K. N. & Silva, G. R. (2010). Comunicação terapêutica entre enfermeiros e pacientes de uma unidade hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1), pp. 120-132. Acedido Setembro 10, 2013, em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/9529>

- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Nunes, J. M. (2007). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa: Bayer Health Care.
- Nunes, L. (2005). Ética na investigação em enfermagem. In *XXVI Congresso Português de Cardiologia*. Porto 11 Abril 2005. Acedido Setembro 14, 2013 em <http://conversamos.files.wordpress.com/2007/10/eticanainvestigacaoemenfermagem.pdf>
- Observatório Português de Sistemas de Saúde. (2001). Relatório Primavera - Conhecer os caminhos da saúde. Acedido março 24, 2014, em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2001_OPSS.pdf
- Oliveira, M. S. & Werlang, B. S. (2006). *Temas em psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, M. L., Paula, T. R., & Freitas, J. B. (2007). Evolução histórica da assistência de enfermagem. *ConScientiae Saúde*, 6(1), p. 127-136. Acedido Novembro 15, 2013, em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=92960115>
- Oliveira, P. S., Nóbrega, M. L., Silva, A. M., & Filha, M. F. (2005). Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. *Revista Electrónica de Enfermagem*, 7(1), p. 54-63. Acedido Outubro 6, 2013, em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/861>
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: Anotações e comentários*. Lisboa: Grafinter
- Ordem dos Enfermeiros.(2012).*Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Dados Estatísticos a 31-12-2013. Acedido Março 3, 2014, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>
- Organização Mundial da Saúde (2008). Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários Agora Mais que Nunca. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, Acedido Julho 22, 2013, em http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf

- Osório, L. C. (2006). *Novos paradigmas em psicoterapia*. São Paulo: Casa do psicólogo livraria e editora LDA.
- Passadori, R. (2009). *As sete dimensões da comunicação*. S. Paulo: Gente.
- Peláez, Z. R. (2003). *Desarrollo humano y valores para la Salud* (2ª ed.). Manizales: editorial universidad de caldas.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pontes, A. C., Leitao, I. T. & Ramos, I. C. (2007). Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de enfermagem*, p. 312-318. Acedido Setembro 20, 2012, em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Ramos, N. (2007). Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. *Psychologica*, 45, p. 147-169.
- Ramos, N. (org). (2008). *Saúde, Migração e Interculturalidade. Perspetivas teóricas e práticas*. João Pessoa: Editora Universitária UFPB.
- Ramos, N. (2012). Cuidados de saúde e comunicação na sociedade multicultural: discutindo interculturalidade(s), práticas e políticas em saúde. *Revista inter-legere*, p. 30-51. Acedido Dezembro 15, 2013, em <http://www.cchla.ufrn.br/interlegere/11/inter-legere.htm>
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem* (4ª ed.). Loures: Lusociência.
- Roper, N., Logan, W. & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem: Roper-Logen-Tierney*. Lisboa: CLIMEPSI, EDITORES.
- Roxo, J. R. (2008). O toque na prática clínica. *Referência IIª Série*, 6, pp. 77-89.
- Rubinfeld, M. G. & Scheffer, B. K. (1999). *Raisonnement critique en soins infirmiers: Guide d'apprentissage*. Paris: De Boeck Université S.A.
- Rulicki, S. & Cherny, M. (2007). *Comunicación no verbal: Como la inteligencia emocional se expresa a través de los gestos*. Buenos Aires: Ediciones Granica, S.A.
- Sampieri, R. H., Collado, C. H. & Lucio, P. B. (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill.

- Santos, M. C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafios. *Revista portuguesa de saúde pública*, 10, p. 47-57.
- Santos, M. I. (2000). A relação de ajuda na prática do cuidar em enfermagem numa unidade de cuidados intensivos das coronárias. *Investigação em enfermagem*, 1, p. 51-58.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2013). Editorial: Prioridades de investigação em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 10, pp. 5-7.
- Serra, J. P. (2007). *Manual de teoria da comunicação*. Covilhã: Livros Labcom.
- Sousa, J. P. (2006). *Elementos de teoria e pesquisa da comunicação e dos media* (2ª ed.). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (1999). *Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Stuart, G. W. & Laraia, M. T. (2006). *Enfermería psiquiátrica: Principios y práctica* (8ª ed.). Madrid: Elsevier España S.A.
- Tamparo, C. T. & Lindh, W. Q. (2008). *Therapeutic communication for health professionals* (3ª ed.). New York: Delmar.
- Teixeira, J. A. (2004). Comunicação em saúde: Relação técnicos de saúde - utentes. *Análise Psicológica*, 22(3), p. 615-620.
- Thomas, R. K. (2006). *Health communication*. New York: Springer Science.
- Timby, B. K. (2009). *Fundamental nursing skills and concepts* (9ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e teorias de enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica : conceitos de cuidado na prática baseada na evidência* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. D. (2002). *Pragmática da comunicação humana: Um estudo dos padrões patologias e paradoxos de interacção*. São Paulo: Cultrix.
- Wiemann, M. O. (2011). *La comunicación en las relaciones interpersonales*. Espanha: Editorial Aresta.

- Williams, C. & Davis, C. (2005). *Therapeutic Interacton in Nursing*. London: Jones and Bartlett Publishers.
- Wold, G. H. (2013). *Enfermagem Gerontológica* (5ª ed.). São Paulo: Elsevier Editora Ltda.
- Yerena, S. F. (2005). *Comunicación oral: fundamentos y práctica estratégica* (2ª ed.). México: Pearson Educación.

ANEXOS

Anexo I

NIC – Termos/expressões consideradas

NIC – Termos/expressões considerados para identificar comunicação

Termos/Expressões consideradas
Orientar, encorajar, discutir, ensinar, informar, explicar, comunicar, elogiar, oferecer informação, educar, esclarecer, escutar, dizer, ouvir, relatar, entrevistar, falar, cantar, combinar, solicitar e responder, alertar, elogiar, verbalizar, perguntar, promover comunicação, oferecer ensino, dar instruções, obter informação, oferecer informações.

NIC – Expressões consideradas para identificar comunicação terapêutica

Expressões consideradas
Facilitar / auxiliar / permitir / encorajar / promover a expressão/ partilha / verbalização / comunicação / manifestação de preocupações / sentimentos / emoções / medos / percepções / crenças e valores
Oferecer/proporcionar feedback/reforço/feedback positivo/reforço positivo
Estabelecer /construir/promover, relação/ relação interpessoal/terapêutica/de confiança
Oferecer / facilitar/providenciar, apoio emocional
Ajudar/auxiliar/orientar a identificar estratégias/habilidades de enfrentamento
Escutar / ouvir /ouvir atentamente os sentimentos / preocupações
Desenvolver/estabelecer relação de apoio
Auxiliar o paciente a desenvolver autoestima
Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade
Preparar psicologicamente
Dar/oferecer afirmação positiva do seu valor
Comunicação terapêutica
Oferecer apoio interpessoal
Oferecer conforto psicológico
Aceitar expressão de emoções
Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas
Criar relação terapêutica e de apoio
Reforçar os pontos positivos pessoais
Encorajar interação

Anexo II

NOC – Termos/expressões consideradas

NOC – Termos/expressões consideradas para identificar comunicação /
comunicação terapêutica

Expressões consideradas
Sentimentos expressos (...); Expressão de sentimentos (...); Expressa sentimentos (...) ou pensamentos (...) ou confiança(...);
Busca de informação (...); provisão de informação(...); oferece informação (...); obtém informação (...); usa informação (...)
Enfrentamento de situações(...); Identificação de estratégias de enfrentamento; Uso de estratégias ou de mecanismos de enfrentamento (...); Planeia estratégias de enfrentamento(...); Comportamentos de enfrentamento(...); Estratégias relatadas (...)
Participação na interação (...); Interação com (...); Interage (...); Mostra prazer com as interações (...)
Relações interpessoais(...); Manutenção de relações (...); Mantém relações sociais (...); Expressa fortes laços(...); Apoio percebido (...)
Comunicação com (...); Comunica (...)
Verbalização de (...); Uso de linguagem verbal; Uso de linguagem não verbal; Usa clareza no discurso; Interpreta linguagem escrita, falada, não verbal;
Reconhecimento de mensagens recebidas; Reage adequadamente aos indicadores visuais, auditivos, tácteis, olfactivos ou aos indicadores linguísticos;
Explica as razões(...); descrição de (...); relata(...);; descreve(...)
Escuta (...);Sorri (...); expressões faciais (...)

Anexo III

CIPE – Termos/ expressões consideradas

CIPE – Termos/ expressões consideradas para identificar comunicação /
comunicação terapêutica

Ações consideradas
Abraçar, aconselhar, advogar, apoiar, colaborar, confortar, consultar, contactar, conversar, descrever, documentar, educar, elogiar, encorajar, ensinar, entrevistar, envolver, escutar, explicar, incentivar, informar, instruir, interpretar, mandar, mediar, negociar, orientar, prescrever, registar, referir, reforçar, relacionar, relatar, tocar, tranquilizar, solicitar, advogar pelo cliente, estabelecer uma ligação, mediação cultural, orientar antecipadamente, trabalhar em rede, segurar na mão.

Anexo IV

Confirmação de apoio por parte da Ordem dos Enfermeiros



Gabinete do Bastonário

Ex.ma Senhora
Enfermeira Maria Teresa Vieira Coelho
Rua Dr. Humberto Lopes Lote 16 -
Bairro do Girão S. Pedro
2005-484 Santarém

Nossa Ref.º: CC/E-13 03286 75 JUL 2012
Vossa Ref.º:
Assunto: Confirmação de apoio por parte da Ordem dos Enfermeiros

Ex.ma Senhora Enfermeira,

Tendo em conta que compete, entre outras atribuições funcionais, à Ordem dos Enfermeiros apoiar a investigação nas suas diferentes expressões, vimos por este meio comunicar a V. Exa. que a Ordem dos Enfermeiros irá apoiar o trabalho de investigação necessário para o doutoramento da Mestre Maria Teresa Vieira Coelho no Instituto de Ciências Médicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, tendo o referido trabalho como tema: 'Comunicação Terapêutica em Enfermagem: utilização pelos enfermeiros'. O apoio incidirá na colheita de dados, mais concretamente na disponibilização de um questionário on line no site www.ordemenfermeiros.pt.

Com os meus cumprimentos pessoais.

O Bastonário



21/07/2012 16:11:21
ORDEN DOS ENFERMEIROS
Enf. Germano Couto

6234

Anexo V

Questionário

1.- Apresentação do estudo

O presente questionário insere-se no trabalho de investigação em desenvolvimento no âmbito do Doutoramento em Ciências de Enfermagem, sendo o investigador principal, a Enfermeira Teresa Coelho (ESSSantarém) e tem como orientador o Professor Doutor Carlos Sequeira (ESENf, Porto). Pretende-se com o presente trabalho, identificar e caracterizar as técnicas de comunicação terapêutica utilizadas pelos enfermeiros. Assim, solicito a sua colaboração no preenchimento do presente questionário, garantindo total anonimato e confidencialidade dos seus dados e respostas que se destinam exclusivamente ao desenvolvimento de investigação científica. Peço-lhe que responda a todas as questões, tendo em conta as orientações apresentadas.

Se durante o preenchimento tiver qualquer dúvida, ou necessitar de alguma informação suplementar por favor contacte-nos para: teresa.coelho@esssaude.ipsantarém.pt

***1. Por favor dê claramente o seu consentimento, se concorda com a seguinte frase. "Declaro que compreendi as intenções deste estudo, disponho-me a participar voluntariamente e permito o uso das minhas respostas para os fins referidos". Tomei conhecimento que poderei desistir a qualquer momento sem que daí advinha qualquer penalização.**

☐ Sim

2.- Dados de caracterização pessoal e profissional**2. Sexo**

☐ Masculino
☐ Feminino

3. Idade (em anos)

4. Estado civil

☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)
☐ Divorçado(a) / Separado(a)
☐ Viúvo(a)
☐ União de facto

5. Habilitações académicas

☐ Bacharelato
☐ Licenciatura
☐ Mestrado
☐ Doutoramento

6. Qual a área científica da habilitação académica assinalada na questão anterior

7. Tem o título de especialista pela ordem dos enfermeiros

☐ Sim
☐ Não

8. Se respondeu Sim na questão 7, refira em que área

9. Categoria profissional

☐ Enfermeiro(a)
☐ Enfermeiro(a) Principal
☐ Assistente
☐ Professor Adjunto
☐ Professor Coordenador
☐ Professor Coordenador Principal

10. Área de atuação profissional

	Área em que exerce atualmente	Área em que possui mais experiência
Prática clínica em cuidados de saúde primários	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>
Prática clínica hospitalar	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>
Prática clínica em cuidados continuados	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>
Docência em enfermagem	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>
Gestão em enfermagem	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>
Outro	<input type="text" value="Escolher um"/>	<input type="text" value="Escolher um"/>

11. Área geográfica onde trabalha

☐ Região Norte
☐ Região Centro
☐ Região Sul
☐ Arquipélago dos Açores
☐ Arquipélago da Madeira
☐ Outro

12. Tempo de exercício profissional (em anos)

13. Instituição onde exerce atividade**14. Contexto (departamento, unidade...) onde exerce atividade****3.- Aspectos caracterizadores da comunicação terapêutica**

Leia as afirmações que se seguem e tendo como referência o desempenho profissional do enfermeiro, assinale, de acordo com a escala apresentada, o seu grau de concordância com cada uma.

15. Em relação à comunicação utilizada pelo enfermeiro considera que :

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
A comunicação terapêutica só é necessária nas intervenções psicoterapêuticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toda a comunicação utilizada pelo enfermeiro é comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Para ser terapêutica a comunicação utilizada pelo enfermeiro deve:

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Ser utilizada de forma intencional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atender à individualidade das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responder às verdadeiras necessidades de saúde das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possuir valor clínico autónomo de outras intervenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possuir valor terapêutico complementar, aumentando ou complementando a eficácia de outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aumentar a eficácia da relação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contribuir para a melhoria da prática de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4.- Técnicas de comunicação e aspectos caracterizadores das mesmas (Chalifour (2008) e Phaneuf (2005))

Leia atentamente as afirmações que se seguem, e que têm por base direta ou indiretamente o que referem os autores mencionados, sobre técnicas de comunicação. Assinale, de acordo com a escala apresentada, o seu grau de concordância com cada uma das afirmações apresentadas, tendo para tal como referência os cuidados de enfermagem.

17. O Toque

O modo de contacto mais directo. Em múltiplas situações de cuidados é utilizado quer para captar informação quer para realizar uma intervenção. (Chalifour, 2008:136)

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero o toque uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero o toque uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o toque para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque como intervenção complementar a outras intervenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque para receber informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque para transmitir informação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o toque de forma indiferenciada porque acredito que o toque facilita a relação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. A distância

Qualquer que seja o modo de contacto utilizado pelo interveniente durante as trocas com o cliente a distância influencia a qualidade do contacto e inclusivamente a qualidade da mensagem comunicada. (Chalifour, 2008: 137)

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero a distância uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a distância uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente a distância para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a distância para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a distância intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a distância como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. A Postura física ou Postura

Corresponde às posições que as pessoas são suscetíveis de adotar de acordo com os cuidados ou tratamentos a prestar (Chalifour, 2008)

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero a postura adotada pelo enfermeiro, quando presta cuidados, uma técnica de comunicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a postura adotada pelo enfermeiro, quando presta cuidados, uma técnica de comunicação terapêutica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente a postura para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a postura para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a postura intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a postura como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao prestar cuidados adoto uma posição que promova a manutenção do contacto visual com o pessoa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao prestar cuidados adoto uma posição que me permita ficar à mesma altura do pessoa considerando o plano visual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao prestar cuidados garanto que a posição escolhida é a mais confortável possível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. O Olhar

Primeiro sentido utilizado para entrar em contacto com o outro. Permite que o interveniente recolha dados sobre o estado actual do cliente e que o informe, não verbalmente, da sua impressão relativamente ao seu contacto. (Chalifour, 2008:144)

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero o olhar uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero o olhar, uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o olhar para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o olhar para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o olhar intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o olhar como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao utilizar o olhar como técnica de comunicação tenho claros os objectivos que pretendo atingir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o olhar para distinguir os factos das impressões subjetivas e dialogar com o pessoa acerca delas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

21. A Escuta

Escutar é estar atento aos dois níveis de informação da mensagem, a conceptual e a afectiva, ou seja estar atento tanto ao conteúdo expresso como à forma como é comunicado (Chalifour, 2008).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero a escuta uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a escuta uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente a escuta para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a escuta para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a escuta intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a escuta como intervenção complementar a outras intervenções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na escuta valorizo o conteúdo da mensagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Na escuta valorizo a forma como é expresso o conteúdo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Para efectivar a escuta promovo condições ambientais que permitam entender claramente o que é dito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao escutar estou atento à dimensão verbal da mensagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao escutar estou atento à dimensão não verbal da mensagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escuto as mensagens emitidas na sua globalidade, independentemente do objetivo inicial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao utilizar a escuta dou-me tempo para entender o que é transmitido antes de responder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao escutar incentivo a pessoa a expressar-se sobre os seus comportamentos e as suas ações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. O Silêncio

O silêncio é feito de atenção e interesse pelo que o cliente comunica e também de atenção e abertura pelo que o interveniente percebe, pensa ou sente enquanto pessoa e profissional (Chalifour, 2008:153).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero o silêncio uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero o silêncio uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o silêncio para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o silêncio para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o silêncio intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o silêncio como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. A Síntese

A síntese consiste em ressaltar os elementos essenciais daquilo que é comunicado, relacionando-os uns com os outros (Chalifour, 2008: 161).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero a síntese uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero a síntese uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente a síntese para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a síntese para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a síntese intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo a síntese como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

24. O Questionamento

As questões permitem ao interveniente encorajar o cliente a exercer um papel particularmente ativo, convidando-o a participar na definição das suas necessidades de ajuda, das suas dificuldades e a procurar soluções (Chalifour, 2008).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero o questionamento uma técnica de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero o questionamento uma técnica de comunicação terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o questionamento para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o questionamento para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o questionamento intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o questionamento como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

25. Para efetivar a comunicação terapêutica

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Utilizo questões abertas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo questões fechadas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo questões diretas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo questões indiretas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo um vocabulário compreensível para a pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asseguro-me de que a pessoa entendeu bem a questão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formulo claramente as questões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asseguro-me de que a questão é a melhor técnica a empregar de acordo com o objetivo a alcançar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capto a atenção da pessoa antes de formular uma questão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espero pela resposta antes de formular a questão de outro modo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. O Feedback

É um processo verbal e não verbal pelo qual uma pessoa informa outra acerca das suas perceções, pensamentos e sentimentos (Hanson, 1975 citado por Chalifour 2008:170).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Considero o feedback uma técnica de comunicação.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero o feedback uma técnica de comunicação terapêutica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o feedback para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o feedback para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o feedback intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o feedback como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao utilizar o feedback descrevo de modo concreto o comportamento (verbal ou não verbal) sobre o qual pretendo que a pessoa foque a sua atenção	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

27. Para efetivar a comunicação terapêutica utilizo:

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
O feedback avaliativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O feedback descritivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O feedback experiencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28. Aconselhar e dar informação

Ao aconselhar e dar informações ao cliente, o interveniente reconhece nele a necessidade de saber, de compreender, o direito de ser esclarecido acerca do que se passa com ele e de poder fazer escolhas (Chalifour, 2008:175).

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concorde	5. Concorde totalmente
Considero aconselhar e dar informação técnicas de comunicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Considero aconselhar e dar informação técnicas de comunicação terapêutica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo intencionalmente o conselho e a informação para comunicar de forma terapêutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o conselho e a informação para responder a uma necessidade minha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o conselho e a informação intencionalmente para responder às necessidades das pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo o conselho e a informação como intervenção complementar a outras intervenções.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

29. Para aconselhar e dar informações

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concorde	5. Concorde totalmente
Certifico-me de que compreendi bem o pedido da pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confirmo junto da pessoa a sua necessidade, a sua motivação e interesse quanto à informação solicitada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clarifico o objetivo da intervenção e certifico-me de que a pessoa o compreende e aprova	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escolho os meios de informação que terão mais possibilidades de atingir o objetivo visado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizo uma linguagem adaptada à pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifico a compreensão da pessoa e se necessário reformulo em termos mais simples ou dando exemplos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verifico se a informação foi compreendida e se responde às expectativas da pessoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30. Acrescente outros aspetos que considere relevantes em relação a:

Toque	<input type="text"/>
Distância	<input type="text"/>
Postura	<input type="text"/>
Olhar	<input type="text"/>
Escuta	<input type="text"/>
Silêncio	<input type="text"/>
Síntese	<input type="text"/>
Questionamento	<input type="text"/>
Feedback	<input type="text"/>
Aconselhar e dar informação	<input type="text"/>

5.- Comunicação: Técnicas terapêuticas e Técnicas não terapêuticas (Sorensen e Luckmann, 1998)

Assinale o seu grau de concordância com as afirmações apresentadas.

31. Utilizo para estabelecer comunicação terapêutica as seguintes técnicas

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concorde	5. Concorde totalmente
tranquilizar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interrogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desafiar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aprovar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rejeitar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Investigar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Testar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Defender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exigir uma explicação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minimizar os sentimentos expressos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar disponível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar um diálogo aberto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer uma observação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desaprovar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discordar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aconselhar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mostrar a existência de um recurso externo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sugerir colaboração	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Promover o silêncio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceitação das mensagens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proporcionar pistas gerais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Explorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer comentários estereotipados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Responder literalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar negação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interpretar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Racionalizar os sentimentos expressos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pedir esclarecimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expor novamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Procurar validação consensual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colocar os acontecimentos em sequência temporal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbalizar o que está subentendido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar uma avaliação das emoções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Traduzir em sentimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar a comparação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar a descrição das perceções	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Verbalizar dúvida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confrontar com a realidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Encorajar a formulação de um plano de ação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer um resumo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.- Atitudes do enfermeiro (Chalifour (2008) e Phaneuf (2005))

Assinale, referindo o seu grau de concordância, qual ou quais das atitudes do enfermeiro que a seguir se apresentam, são consideradas por si fundamentais para o estabelecimento de comunicação terapêutica, em situação de cuidados.

32. Para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de:

	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Indeciso	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Empatia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respeito caloroso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autenticidade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Compaixão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esperança	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Congruência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Confrontação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Imediatismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aceitação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transferência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revelação de si	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Humor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Refira três (3) diagnósticos de enfermagem, por ordem decrescente de importância, onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

34. Refira três (3) intervenções de enfermagem, por ordem decrescente de importância, que requerem a utilização de comunicação terapêutica

1	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>

35. Deseja acrescentar outro(s) aspecto(s) relativo(s) à comunicação terapêutica ?

- ☐ Sim
☐ Não

36. Se respondeu Sim na questão anterior, especifique.

<input type="text"/>

37. MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO
teresa.coelho@essaude.ipsantarem.pt

Espaço livre
Se quiser, deixe o seu comentário

Anexo VI

Parecer da Comissão de ética

Parecer da Comissão de Ética do ICBAS-UP

PROJETO Nº 033/2013

Título: *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*

Investigador Principal: *Maria Teresa Vieira Coelho*
(Aluna de doutoramento, Curso de Ciências da Enfermagem ICBAS-UP)

Orientador: *Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira*

Duração do Projeto: *até 31 março de 2014*

A Comissão de Ética do ICBAS-UP reuniu dia 17 de setembro de 2013 no edifício do ICBAS - Sala de reuniões do Departamento de Ciências do Comportamento, na presença de Liliana de Sousa, Margarida Araújo, Maria Antónia Gonçalves, Maria Paula Faria e Mário Paulo Maia. Decidiu emitir parecer favorável à realização do projeto supracitado, por unanimidade.

Solicitamos que envie a esta Comissão um resumo dos resultados obtidos na sequência deste projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Pela Comissão de Ética do ICBAS-UP,

Prof. Doutora Liliana de Sousa (presidente)

To whom it may concern,

The above project is in accordance with the Portuguese law and the ICBAS-UP Ethics Committee criteria.

Anexo VII

Distribuição dos respondentes por área científica da habilitação académica

Tabela nº 3A – Distribuição dos respondentes por área científica da habilitação acadêmica

Área Científica da habilitação acadêmica	N	%
Bacharelato em enfermagem	4	,9
Licenciatura em enfermagem	261	59,5
Licenciatura em saúde	8	1,8
Licenciatura sem especificação	30	6,8
Mestrado em ética/bioética	7	1,6
Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica	6	1,4
Mestrado em ciências forenses	1	,2
Mestrado em enfermagem	32	7,3
Mestrado em comunicação	2	,5
Mestrado em recursos humanos	2	,5
Mestrado em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica/ saúde mental	16	3,6
Mestrado em saúde pública	1	,2
Mestrado em cuidados paliativos	8	1,8
Mestrado em psicologia	5	1,1
Mestrado em educação para a saúde	4	,9
Mestrado em enfermagem de saúde materna e obstetrícia	3	,7
Mestrado em sociologia	3	,7
Mestrado em enfermagem comunitária	6	1,4
Mestrado em ciências da educação	4	,9
Mestrado em supervisão	1	,2
Mestrado em gestão	8	1,8
Mestrado em saúde	1	,2
Mestrado sem especificação	2	,5
Mestrado em sociopsicologia da saúde	3	,7
Mestrado em saúde pública	2	,5
Mestrado em história	1	,2
Mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica	1	,2
Mestrado em famílias e sistemas sociais	1	,2
Mestrado em saúde e envelhecimento	1	,2
Mestrado em Supervisão	1	,2
Doutoramento em enfermagem	6	1,4
Doutoramento em Educação	4	,9
Doutoramento em Ciências e Tecnologias da saúde	1	,2
Doutoramento em ciências da saúde	1	,2
Doutoramento em psicologia	2	,5
Total	439	100,0

Anexo VIII

Distribuição dos respondentes de acordo com a instituição onde exercem
atividade

Tabela nº 10A – Distribuição dos respondentes de acordo com a instituição onde exercem atividade

Instituição onde exerce atividade	N	%
Centro hospitalar / hospital	216	52,9
Administração regional de saúde	21	5,1
Agrupamento de centros de saúde	52	12,7
Instituto politécnico / escola	41	10,0
Santa Casa da Misericórdia/centro social	15	3,7
Lar de idosos	7	1,7
Casa de saúde	7	1,7
Clinica	8	2,0
Estabelecimento prisional	2	,5
Unidade integrada de prestação de cuidados de saúde	9	2,2
Unidade de cuidados continuados	8	2,0
Universidade	4	1,0
Associação	1	,2
Centro de reabilitação	1	,2
Residências	2	,5
Desempregado	6	1,5
Não especificado	8	2,0
Total	408	100,0

Anexo IX

Distribuição dos respondentes em relação a cada técnica apresentada ser técnica de comunicação e técnica de comunicação terapêutica

Tabela nº 28 - Distribuição dos respondentes em relação a cada técnica apresentada ser técnica de comunicação e técnica de comunicação terapêutica

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Distância - tct	4,4	17,1	17,7	41,3	19,5	100,0
Distância - tc	3,8	12,1	11,2	51,2	21,6	100,0
Aconselhar - tct	0,3	5,6	7,9	45,9	40,3	100,0
Aconselhar - tc		4,6	6,5	53,2	35,6	100,0
Síntese - tct	0,3	3,3	13,4	39,9	43,1	100,0
Síntese - tc	0,3	1,6	6,1	53,5	38,4	100,0
Toque - tct	0,3	1,4	5,5	44,5	48,3	100,0
Toque - tc	0,3	0,9	4	44,3	50,6	100,0
Postura - tct	0,6	3,6	7,3	46,2	42,3	100,0
Postura - tc		1,8	2,7	48,3	47,1	100,0
Feedback - tct	0,3	1	5,2	45,6	47,9	100,0
Feedback - tc			2,9	52,2	44,8	100,0
Questionamento - tct	0,6	1,9	6,5	44,8	46,1	100,0
Questionamento - tc	0	0,3	2,3	53,5	43,9	100,0
Silêncio - tct	0,3	1,6	2,9	40,8	54,4	100,0
Silêncio - tc	0	1	1,6	47,6	49,8	100,0
Olhar - tct	0,3	1,9	6,5	42,7	48,6	100,0
Olhar - tc	0,3	0,6	0,3	46,5	52,3	100,0
Escuta - tct	0	0,6	0,9	30,5	67,9	100,0
Escuta - tc	0	0,3	0,3	38,9	60,5	100,0

Legenda: tc – técnica de comunicação

tct – técnica de comunicação terapêutica

Anexo X

Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica» em relação às técnicas apresentadas

Tabela nº 29 - Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para comunicar de forma terapêutica» em relação às técnicas apresentadas

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Distância	5,9	20,5	14,5	43,6	15,4	100,0
Síntese	1	2,3	15	48	33,7	100,0
Silêncio	0,6	4,2	11,3	44,3	39,5	100,0
Postura	1,2	5,5	7	55,6	30,7	100,0
Olhar	0,6	4,7	8,4	49,4	36,9	100,0
Aconselhar	0,7	5	7,3	51,2	35,9	100,0
Toque	0,9	4,9	6,9	49,7	37,6	100,0
Feedback	0,3	2	9,1	50,8	37,8	100,0
Questionamento	1,6	2,6	6,5	49	40,2	100,0
Escuta	0,3	1,3	2,2	40,1	56,1	100,0

Anexo XI

Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» em relação às técnicas apresentadas

Tabela nº 30 - Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a...
intencionalmente para responder às necessidades das pessoas» em relação às
técnicas apresentadas

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Distância	3,9	17	11,6	52,1	15,5	100,0
Postura	0,6	7,4	9,2	59,4	23,4	100,0
Olhar	0,9	5	10,6	55,1	28,1	100,0
Síntese	0,6	3,2	11,7	53,1	31,4	100,0
Toque	1,2	5,5	8,4	59,5	25,4	100,0
Silêncio	0,3	3,9	8,7	53,9	33,2	100,0
Feedback	0,6	2,3	5,8	59,7	31,5	100,0
Questionamento	0,6	1,9	6,1	57,4	33,9	100,0
Aconselhar	1	1,3	5,2	56,7	35,7	100,0
Escuta	0	1,3	2,5	51,6	44,6	100,0

Anexo XII

Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções» em relação às técnicas apresentadas

Tabela nº 31 - Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «utilizo o/a... como intervenção complementar a outras intervenções» em relação às técnicas apresentadas

	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Distância	4,5	13,7	15,8	48,7	17,3	100,0
Postura	0,3	4	9,6	60,5	25,6	100,0
Silêncio	0,6	3,2	7,1	54,8	34,2	100,0
Síntese	0,3	0,6	10	56	33	100,0
Olhar	0,6	0,9	8,7	54,2	35,5	100,0
Feedback	0,3	1,7	7,6	56,4	34	100,0
Aconselhar	0,7	1,3	5,2	55,4	37,4	100,0
Toque	0,3	1,2	3,2	62,1	33,2	100,0
Questionamento	0,6	0,3	3,6	59,5	35,9	100,0
Escuta	0,3	0,3	1,3	51	47,1	100,0

Anexo XIII

Distribuição das respostas das variáveis pelos perfis de comunicação

Técnicas «necessidade minha»		Perfis							
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Toque (minha)	Toque (minha)	50	46,7%	1	5,0%	2	1,4%	4	5,6%
	Toque (não minha)	57	53,3%	19	95,0%	145	98,6%	67	94,4%
	Total	107	100,0%	20	100,0%	147	100,0%	71	100,0%
Distância (minha)	Distância (minha)	64	62,1%	2	10,5%	11	7,7%	9	12,7%
	Distância (não minha)	39	37,9%	17	89,5%	132	92,3%	62	87,3%
	Total	103	100,0%	19	100,0%	143	100,0%	71	100,0%
Postura (minha)	Postura (minha)	80	79,2%	3	16,7%	17	12,2%	19	27,5%
	Postura (não minha)	21	20,8%	15	83,3%	122	87,8%	50	72,5%
	Total	101	100,0%	18	100,0%	139	100,0%	69	100,0%
Olhar (minha)	Olhar (minha)	90	89,1%	2	12,5%	20	14,5%	18	26,9%
	Olhar (não minha)	11	10,9%	14	87,5%	118	85,5%	49	73,1%
	Total	101	100,0%	16	100,0%	138	100,0%	67	100,0%
Escuta (minha)	Escuta (minha)	90	90,0%	6	40,0%	25	18,7%	26	38,8%
	Escuta (não minha)	10	10,0%	9	60,0%	109	81,3%	41	61,2%
	Total	100	100,0%	15	100,0%	134	100,0%	67	100,0%
Silêncio (minha)	Silêncio (minha)	87	88,8%	2	13,3%	25	19,1%	16	24,2%
	Silêncio (não minha)	11	11,2%	13	86,7%	106	80,9%	50	75,8%
	Total	98	100,0%	15	100,0%	131	100,0%	66	100,0%
Síntese (minha)	Síntese (minha)	85	85,9%	3	20,0%	36	27,7%	27	41,5%
	Síntese (não minha)	14	14,1%	12	80,0%	94	72,3%	38	58,5%
	Total	99	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	65	100,0%
Questionamento (minha)	Questionamento (minha)	96	97,0%	2	13,3%	30	23,1%	39	59,1%
	Questionamento (não minha)	3	3,0%	13	86,7%	100	76,9%	27	40,9%
	Total	99	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%
Feedback (minha)	Feedback (minha)	88	89,8%	1	6,7%	29	22,3%	30	45,5%
	Feedback (não minha)	10	10,2%	14	93,3%	101	77,7%	36	54,5%
	Total	98	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%
Conselho (minha)	Conselho (minha)	71	76,3%	2	13,3%	10	7,7%	15	22,7%
	Conselho (não minha)	22	23,7%	13	86,7%	120	92,3%	51	77,3%
	Total	93	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%

Técnicas «necessidades pessoas»		como		Perfis							
		das		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Toque (pessoas)	Toque (pessoas)	98	90,7%	8	40,0%	141	96,6%	47	66,2%		
	Toque (não pessoas)	10	9,3%	12	60,0%	5	3,4%	24	33,8%		
	Total	108	100,0%	20	100,0%	146	100,0%	71	100,0%		
Distância (pessoas)	Distância (pessoas)	80	77,7%	1	5,3%	115	80,4%	31	43,7%		
	Distância (não pessoas)	23	22,3%	18	94,7%	28	19,6%	40	56,3%		
	Total	103	100,0%	19	100,0%	143	100,0%	71	100,0%		
Postura (pessoas)	Postura (pessoas)	94	93,1%	1	5,9%	135	97,8%	39	56,5%		
	Postura (não pessoas)	7	6,9%	16	94,1%	3	2,2%	30	43,5%		
	Total	101	100,0%	17	100,0%	138	100,0%	69	100,0%		
Olhar (pessoas)	Olhar (pessoas)	92	92,0%	1	6,3%	134	97,8%	40	59,7%		
	Olhar (não pessoas)	8	8,0%	15	93,8%	3	2,2%	27	40,3%		
	Total	100	100,0%	16	100,0%	137	100,0%	67	100,0%		
Escuta (pessoas)	Escuta (pessoas)	99	100,0%	7	46,7%	132	99,2%	64	95,5%		
	Escuta (não pessoas)	0	0,0%	8	53,3%	1	0,8%	3	4,5%		
	Total	99	100,0%	15	100,0%	133	100,0%	67	100,0%		
Silêncio (pessoas)	Silêncio (pessoas)	93	94,9%	1	6,7%	130	99,2%	46	69,7%		
	Silêncio (não pessoas)	5	5,1%	14	93,3%	1	0,8%	20	30,3%		
	Total	98	100,0%	15	100,0%	131	100,0%	66	100,0%		
Síntese (pessoas)	Síntese (pessoas)	90	90,9%	5	33,3%	125	96,2%	41	63,1%		
	Síntese (não pessoas)	9	9,1%	10	66,7%	5	3,8%	24	36,9%		
	Total	99	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	65	100,0%		
Questiona mento (pessoas)	Questionamento (pessoas)	97	98,0%	6	40,0%	128	98,5%	52	78,8%		
	Questionamento (não pessoas)	2	2,0%	9	60,0%	2	1,5%	14	21,2%		
	Total	99	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%		
Feedback (pessoas)	Feedback (pessoas)	96	99,0%	6	40,0%	128	98,5%	51	77,3%		
	Feedback (não pessoas)	1	1,0%	9	60,0%	2	1,5%	15	22,7%		
	Total	97	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%		
Conselho (pessoas)	Conselho (pessoas)	90	95,7%	10	66,7%	125	96,2%	57	86,4%		
	Conselho (não pessoas)	4	4,3%	5	33,3%	5	3,8%	9	13,6%		
	Total	94	100,0%	15	100,0%	130	100,0%	66	100,0%		

Variáveis de caracterização

Variáveis de caracterização		Perfis							
		1		2		3		4	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	33	30,6%	6	30,0%	21	14,3%	18	24,3%
	Feminino	75	69,4%	14	70,0%	126	85,7%	56	75,7%
	Total	108	100,0%	20	100,0%	147	100,0%	74	100,0%
Habilit. Académicas	Bacharelato	0	0,0%	0	0,0%	2	1,4%	0	0,0%
	Licenciatura	79	73,1%	17	85,0%	84	57,5%	53	71,6%
	Mestrado	25	23,1%	3	15,0%	55	37,7%	19	25,7%
	Doutoramento	4	3,7%	0	0,0%	5	3,4%	2	2,7%
	Total	108	100,0%	20	100,0%	146	100,0%	74	100,0%
Título de especialista	Sim	39	36,1%	6	30,0%	78	53,4%	30	40,5%
	Não	69	63,9%	14	70,0%	68	46,6%	44	59,5%
	Total	108	100,0%	20	100,0%	146	100,0%	74	100,0%
Categ. Profissional	Enfermeiros prática clínica	100	93,5%	19	95,0%	118	83,1%	61	91,0%
	Enfermeiros prática docente	7	6,5%	1	5,0%	24	16,9%	6	9,0%
	Total	107	100,0%	20	100,0%	142	100,0%	67	100,0%
Tempo de exercício profissional	Menos experientes (até 10 anos)	62	58,5%	12	60,0%	56	38,4%	37	52,1%
	Mais experientes (mais de 10 anos)	44	41,5%	8	40,0%	90	61,6%	34	47,9%
	Total	106	100,0%	20	100,0%	146	100,0%	71	100,0%
Atividade atual	Prática clínica	74	69,8%	13	65,0%	83	58,5%	45	63,4%
	Docência	7	6,6%	1	5,0%	22	15,5%	6	8,5%
	Gestão	5	4,7%	1	5,0%	11	7,7%	4	5,6%
	Outra	9	8,5%	4	20,0%	9	6,3%	7	9,9%
	Multi-atividade	11	10,4%	1	5,0%	17	12,0%	9	12,7%
	Total	106	100,0%	20	100,0%	142	100,0%	71	100,0%

Técnicas		Perfis					
		1		2		3	
		N	%	N	%	N	%
Interrogar	Interrogar (concordo)	57	96,6%	60	69,8%	116	75,8%
	Interrogar (não concordo)	2	3,4%	26	30,2%	37	24,2%
	Total	59	100,0%	86	100,0%	153	100,0%
Desafiar	Desafiar (concordo)	46	78,0%	15	17,2%	34	21,9%
	Desafiar (não concordo)	13	22,0%	72	82,8%	121	78,1%
	Total	59	100,0%	87	100,0%	155	100,0%
Aprovar	Aprovar (concordo)	59	100,0%	37	43,0%	110	71,0%
	Aprovar (não concordo)	0	0,0%	49	57,0%	45	29,0%
	Total	59	100,0%	86	100,0%	155	100,0%
Rejeitar	Rejeitar (concordo)	49	84,5%	12	13,8%	26	16,8%
	Rejeitar (não concordo)	9	15,5%	75	86,2%	129	83,2%
	Total	58	100,0%	87	100,0%	155	100,0%
Investigar	Investigar (concordo)	57	100,0%	60	68,2%	121	79,1%
	Investigar (não concordo)	0	0,0%	28	31,8%	32	20,9%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Testar	Testar (concordo)	53	91,4%	36	40,9%	68	43,9%
	Testar (não concordo)	5	8,6%	52	59,1%	87	56,1%
	Total	58	100,0%	88	100,0%	155	100,0%
Defender	Defender (concordo)	56	96,6%	39	44,3%	65	42,5%
	Defender (não concordo)	2	3,4%	49	55,7%	88	57,5%
	Total	58	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Exigir uma explicação	Exigir explicação (concordo)	42	72,4%	3	3,4%	21	13,6%
	Exigir explicação (não concordo)	16	27,6%	85	96,6%	133	86,4%
	Total	58	100,0%	88	100,0%	154	100,0%
Minimizar sentimentos	Minimizar sentimentos (concordo)	30	51,7%	11	12,5%	36	23,4%
	Minimizar sentimentos (não concordo)	28	48,3%	77	87,5%	118	76,6%
	Total	58	100,0%	88	100,0%	154	100,0%
Fazer uma observação	Fazer observação (concordo)	56	98,2%	46	52,3%	121	79,1%
	Fazer observação (não concordo)	1	1,8%	42	47,7%	32	20,9%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Desaprovar	Desaprovar (concordo)	48	84,2%	7	8,1%	9	5,8%
	Desaprovar (não concordo)	9	15,8%	79	91,9%	145	94,2%
	Total	57	100,0%	86	100,0%	154	100,0%
Discordar	Discordar (concordo)	52	91,2%	17	19,3%	47	30,7%
	Discordar (não concordo)	5	8,8%	71	80,7%	106	69,3%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Proporcionar pistas	Proporcionar pistas (concordo)	56	98,2%	32	36,4%	131	85,6%
	Proporcionar pistas (não concordo)	1	1,8%	56	63,6%	22	14,4%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Fazer comentários	Fazer comentários (concordo)	15	26,3%	0	0,0%	4	2,6%
	Fazer comentários (não concordo)	42	73,7%	88	100,0%	149	97,4%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	153	100,0%
Responder literalmente	Responder (concordo)	31	54,4%	4	4,5%	14	9,1%
	Responder (não concordo)	26	45,6%	84	95,5%	140	90,9%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	154	100,0%
Usar negação	Usar negação (concordo)	35	61,4%	2	2,3%	13	8,4%
	Usar negação (não concordo)	22	38,6%	85	97,7%	141	91,6%
	Total	57	100,0%	87	100,0%	154	100,0%
Interpretar	Interpretar (concordo)	49	87,5%	50	56,8%	124	82,1%
	Interpretar (não concordo)	7	12,5%	38	43,2%	27	17,9%
	Total	56	100,0%	88	100,0%	151	100,0%
Racionalizar sentimentos	Racionalizar sentimentos (concordo)	43	75,4%	21	24,1%	105	69,1%

Pedir esclarecimento	Racionalizar sentimentos (não concordo)	14	24,6%	66	75,9%	47	30,9%
	Total	57	100,0%	87	100,0%	152	100,0%
	Pedir esclarecimento (concordo)	55	96,5%	46	52,9%	123	79,9%
	Pedir esclarecimento (não concordo)	2	3,5%	41	47,1%	31	20,1%
Procurar validação	Total	57	100,0%	87	100,0%	154	100,0%
	Procurar validação (concordo)	48	85,7%	41	47,7%	140	91,5%
	Procurar validação (não concordo)	8	14,3%	45	52,3%	13	8,5%
	Total	56	100,0%	86	100,0%	153	100,0%
Traduzir em sentimentos	Traduzir em sentimentos (concordo)	49	86,0%	23	26,4%	135	88,2%
	Traduzir em sentimentos (não concordo)	8	14,0%	64	73,6%	18	11,8%
	Total	57	100,0%	87	100,0%	153	100,0%
	Encorajar comparação (concordo)	45	78,9%	5	5,7%	97	63,4%
Encorajar comparação	Encorajar comparação (não concordo)	12	21,1%	82	94,3%	56	36,6%
	Total	57	100,0%	87	100,0%	153	100,0%
	Verbalizar dúvida (concordo)	51	89,5%	39	44,8%	131	85,1%
	Verbalizar dúvida (não concordo)	6	10,5%	48	55,2%	23	14,9%
Verbalizar dúvida	Total	57	100,0%	87	100,0%	154	100,0%
	Confrontar com a realidade (concordo)	55	96,5%	44	50,0%	134	87,0%
	Confrontar com a realidade (não concordo)	2	3,5%	44	50,0%	20	13,0%
	Total	57	100,0%	88	100,0%	154	100,0%

Variáveis de caracterização		Perfis					
		1		2		3	
		N	%	N	%	N	%
Sexo	Masculino	17	28,3%	25	28,4%	36	17,9%
	Feminino	43	71,7%	63	71,6%	165	82,1%
	Total	60	100,0%	88	100,0%	201	100,0%
Habilitações académicas	Bacharelato	1	1,7%	0	0,0%	1	0,5%
	Licenciatura	42	70,0%	59	67,0%	132	66,0%
	Mestrado	16	26,7%	27	30,7%	59	29,5%
	Doutoramento	1	1,7%	2	2,3%	8	4,0%
	Total	60	100,0%	88	100,0%	200	100,0%
Título de especialista	Sim	17	28,3%	38	43,2%	98	49,0%
	Não	43	71,7%	50	56,8%	102	51,0%
	Total	60	100,0%	88	100,0%	200	100,0%
Categoria profissional	Enfermeiros prática clínica	54	93,1%	72	85,7%	172	88,7%
	Enfermeiros prática docente	4	6,9%	12	14,3%	22	11,3%
	Total	58	100,0%	84	100,0%	194	100,0%
Tempo de exercício profissional	Menos experientes (até 10 anos)	35	58,3%	48	55,8%	84	42,6%
	Mais experientes (mais de 10 anos)	25	41,7%	38	44,2%	113	57,4%
	Total	60	100,0%	86	100,0%	197	100,0%
Atividade atual	Prática clínica	47	81,0%	53	60,9%	115	59,3%
	Docência	4	6,9%	12	13,8%	20	10,3%
	Gestão	2	3,4%	4	4,6%	15	7,7%
	Outra	1	1,7%	9	10,3%	19	9,8%
	Multi-atividade	4	6,9%	9	10,3%	25	12,9%
	Total	58	100,0%	87	100,0%	194	100,0%

Anexo XIV

Distribuição dos respondentes quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica

Tabela nº 32 – Distribuição dos respondentes quanto à utilização das técnicas apresentadas para estabelecer comunicação terapêutica

Técnicas	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente	Total
Fazer comentários estereotipados	51,7	36,2	5,7	4,7	1,7	100,0
Responder literalmente	23,1	37,5	23,1	13,4	3,0	100,0
Usar negação	20,8	40,6	21,8	12,4	4,4	100,0
Desaprovar	20,2	42,8	15,5	15,5	6,1	100,0
Exigir uma explicação	20,3	39,0	18,7	17,0	5,0	100,0
Minimizar os sentimentos expressos	25,0	37,7	11,7	15,7	10	100,0
Rejeitar	12,0	37,7	21,3	23,7	5,3	100,0
Desafiar	13,3	33,2	21,9	25,6	6,0	100,0
Discordar	12,8	30,2	18,1	30,2	8,7	100,0
Encorajar a comparação	3,7	22,6	24,2	36,0	13,5	100,0
Testar	6,6	18,9	22,3	43,5	8,6	100,0
Defender	3,3	18,1	25,1	43,5	10,0	100,0
Racionalizar os sentimentos expressos	6,8	12,2	24,0	44,9	12,2	100,0
Aprovar	3,0	13,3	15,0	50,0	18,7	100,0
Traduzir em sentimentos	1,0	8,4	20,9	49,8	19,9	100,0
Proporcionar pistas gerais	1,7	4,4	20,5	52,7	20,8	100,0
Verbalizar a dúvida	1,7	9,4	14,8	55,4	18,8	100,0
Fazer uma observação	2,3	7,0	15,8	50,7	24,2	100,0
Pedir esclarecimento	1,7	7,4	15,8	57,0	18,1	100,0
Interpretar	4,4	7,1	12,9	56,9	18,6	100,0
Procurar validação consensual	1,0	3,7	17,6	56,6	21,0	100,0
Confrontar com a realidade	1,3	4,3	16,4	59,2	18,7	100,0
Interrogar	2,0	11,1	8,7	56,7	21,5	100,0
Investigar	3,0	5,7	11,4	62,8	17,1	100,0
Verbalizar o que está subentendido	1,3	4,7	13,7	60,5	19,7	100,0
Explorar	4,0	3,7	11,4	59,3	21,5	100,0
Encorajar a descrição das percepções	1,4	3,1	12,9	59,7	23,1	100,0
Encorajar uma avaliação das emoções	1,3	3,4	11,8	58,2	25,3	100,0
Aconselhar	1,3	3,7	8,0	56,5	30,4	100,0
Promover o silêncio	0,7	3,0	9,0	55,5	31,8	100,0
Expor novamente	1,7	2,7	7,0	66,1	22,5	100,0
Colocar os acontecimentos em sequência temporal	0,7	1,7	8,8	67,0	21,9	100,0
Mostrar a existência de um recurso externo	1,3	1,7	6,4	55,7	34,9	100,0
Fazer um resumo	0,7	2,3	6,0	56,0	34,9	100,0
Aceitação das mensagens	1,0	0,0	7,4	62,2	29,4	100,0
Encorajar a formulação de um plano de ação	1,3	0,0	4,7	60,7	33,3	100,0
Sugerir colaboração	0,3	0,3	4,0	62,9	32,4	100,0
Tranquilizar	0,3	1,3	1,3	54,6	42,4	100,0
Proporcionar um diálogo aberto	0,3	1,0	1,7	43,3	53,7	100,0
Estar disponível	0,3	0,3	0,7	37,2	61,4	100,0

Anexo XV

Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de:»

Tabela nº 33 – Distribuição dos respondentes quanto à afirmação «para estabelecer comunicação terapêutica é fundamental que o enfermeiro manifeste uma atitude de:»

Atitudes do enfermeiro	Discordo totalmente	Discordo	Indeciso	Concordo	Concordo totalmente
Empatia	0,0%	0,4%	0,7%	27,1%	71,8%
Respeito caloroso	0,4%	3,9%	5,7%	39,7%	50,4%
Autenticidade	0,0%	0,7%	1,4%	35,0%	62,9%
Compaixão	3,6%	18,2%	18,6%	30,0%	29,6%
Esperança	1,8%	6,0%	11,0%	46,3%	34,9%
Congruência	0,4%	0,0%	1,4%	37,6%	60,6%
Confrontação	12,1%	22,8%	23,1%	28,8%	13,2%
Imediatismo	14,3%	35,5%	30,1%	11,1%	9,0%
Aceitação	0,0%	3,6%	9,3%	43,8%	43,4%
Transferência	11,5%	23,0%	29,5%	20,9%	15,1%
Revelação de si	11,8%	32,6%	28,7%	16,1%	10,8%
Humor	1,8%	7,5%	18,1%	49,5%	23,1%

Anexo XVI

Distribuição de respostas quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica

Tabela nº 26A – Distribuição de respostas quanto aos diagnósticos de enfermagem onde se adequa a utilização de comunicação terapêutica

Diagnósticos	N	%
Ansiedade	64	13,8%
Conhecimento	34	7,3%
Adesão ao regime terapêutico	29	6,3%
Luto	19	4,1%
Dor	18	3,9%
Aceitação do estado de saúde	17	3,7%
Medo	15	3,2%
Adaptação	13	2,8%
Comunicação	13	2,8%
Auto estima	12	2,6%
Autocontrole	11	2,4%
Autocuidado	10	2,2%
Gestão do regime terapêutico	9	1,9%
Bem estar	8	1,7%
Coping ineficaz	8	1,7%
Afasia	7	1,5%
Stress	7	1,5%
Confusão	6	1,3%
Humor	6	1,3%
Processo de luto	5	1,1%
Amamentação	5	1,1%
Angustia	5	1,1%
Bem estar psicológico	5	1,1%
Tristeza	5	1,1%
Mobilidade	5	1,1%
Aceitação	4	0,9%
Angustia espiritual	4	0,9%
Coping	4	0,9%
Processo de luto	4	0,9%
Suicídio	4	0,9%
Pensamento	4	0,9%
Dependência	3	0,6%
Depressão	3	0,6%
Dispneia	3	0,6%
Processo familiar	3	0,6%
Auto imagem	3	0,6%
Esperança	3	0,6%
Vontade de viver	3	0,6%
Adesão	3	0,6%
Capacidade	2	0,4%
Conflito de decisões	2	0,4%
Crise	2	0,4%
Processo patológico	2	0,4%
Ideação suicida	2	0,4%
Tomar conta	2	0,4%
Adaptação à parentalidade	2	0,4%
Sufrimento	2	0,4%
Solidão	2	0,4%
Uso de álcool	2	0,4%
Aprendizagem	2	0,4%
Uso de substâncias	2	0,4%
Padrão alimentar	2	0,4%
Cirurgia	2	0,4%
Empatia	2	0,4%
Úlcera de pressão	2	0,4%
Comportamento de procura de saúde	1	0,2%

Desenvolvimento infantil	1	0,2%
Desolação	1	0,2%
Envolvimento	1	0,2%
Confiança	1	0,2%
Insegurança	1	0,2%
Parentalidade	1	0,2%
Processo do sistema respiratório	1	0,2%
Tentativa de suicídio	1	0,2%
Trabalho de parto	1	0,2%
Disfagia	1	0,2%
Ventilação espontânea	1	0,2%
Síndrome pós–violação	1	0,2%
Sentido da vida	1	0,2%
Limitação	1	0,2%
Fase terminal	1	0,2%
Doente oncológico	1	0,2%
Comportamento agressivo	1	0,2%
Frustração	1	0,2%
Consentimento	1	0,2%
Disartria	1	0,2%
Vinculação	1	0,2%
Hipertensão	1	0,2%
Processo de tomada de decisão	1	0,2%
Insónia	1	0,2%
Memória	1	0,2%
Metabolismo	1	0,2%
Preocupação	1	0,2%
Suporte	1	0,2%
Uso de drogas	1	0,2%
Violência	1	0,2%
Interação social	1	0,2%
Auto vigilância	1	0,2%
Imagem corporal	1	0,2%
Consciência	1	0,2%
Congruência	1	0,2%
Comportamento agressivo	1	0,2%
Conforto	1	0,2%
Desenvolvimento do adolescente	1	0,2%
Euforia	1	0,2%
Alteração social	1	0,2%
Autenticidade	1	0,2%
Doença terminal	1	0,2%
Défice sensorial	1	0,2%
Desorientação	1	0,2%
Ideias delirantes	1	0,2%
Socialização	1	0,2%
Total	463	100,0%

Anexo XVII

Distribuição de respostas quanto às intervenções/ações de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

Tabela nº 27A – Distribuição de respostas quanto às intervenções / ações de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

Intervenções de enfermagem /Ações	N	%
Promover	53	12,4%
Ensinar	30	7,0%
Escutar	28	6,5%
Apoiar	23	5,4%
Estabelecer	16	3,7%
Encorajar	15	3,5%
Gerir	15	3,5%
Avaliar	13	3,0%
Facilitar	12	2,8%
Informar	11	2,6%
Incentivar	11	2,6%
Executar	10	2,3%
Aconselhar	9	2,1%
Explicar	9	2,1%
Orientar	7	1,6%
Comunicar	7	1,6%
Outros	7	1,6%
Disponibilizar	6	1,4%
Demonstrar	6	1,4%
Cuidar da higiene	6	1,4%
Assistir	5	1,2%
Vigiar	5	1,2%
Elogiar	4	0,9%
instruir	4	0,9%
Monitorizar	4	0,9%
Tranquilizar	4	0,9%
Validar	4	0,9%
Administrar	3	0,7%
Educar	3	0,7%
Entrevistar	3	0,7%
Esclarecer	3	0,7%
Motivar	3	0,7%
Negociar	3	0,7%
Preparar	3	0,7%
Dar banho	2	0,5%
Desenvolver	2	0,5%
Envolver	2	0,5%
Otimizar	2	0,5%
Proporcionar	2	0,5%
Realizar	2	0,5%
Reforçar	2	0,5%
Relacionar	2	0,5%
Aceitação	2	0,5%
Acalmar	1	0,2%
Acolhimento	1	0,2%
Adequar	1	0,2%
Advogar	1	0,2%
Aliviar	1	0,2%
Atenuar	1	0,2%
Aumentar	1	0,2%
Auxiliar	1	0,2%
Clarificar	1	0,2%
Compreender	1	0,2%
Conhecer	1	0,2%
Dar	1	0,2%
Determinar	1	0,2%
Estimular	1	0,2%
Identificar	1	0,2%

Integrar	1	0,2%
Mediar	1	0,2%
Minimizar	1	0,2%
Obter	1	0,2%
Providenciar	1	0,2%
Reduzir	1	0,2%
Supervisionar	1	0,2%
Transmitir	1	0,2%
Treinar	1	0,2%
Prestar	1	0,2%
Outros	7	1,6%
Total	428	100,0%

Anexo XVIII

Distribuição de respostas quanto às intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

Tabela nº 34 – Distribuição de respostas quanto às intervenções de enfermagem que requerem a utilização de comunicação terapêutica

Ações	Descrições das ações	N	%
Acalmar	A pessoa	1	0,2
Acolhimento	De familiares	1	0,2
Aconselhar	Sobre o medo	1	0,2
	Aconselhar	8	1,9
Adequar	Comunicação	1	0,2
Administrar	Terapêutica	3	0,7
Advogar	Advogar	1	0,2
Aliviar	Dor	1	0,2
Apoiar	Apoiar	7	1,6
	Na crise	1	0,2
	Família/Prestador de cuidados	2	0,5
	Emocionalmente e/ou no luto	6	1,4
	No processo de tomada de decisão	6	1,4
	Na alimentação	1	0,2
Assistir	Assistir a pessoa	2	0,5
	No processo de luto	1	0,2
	O prestador de cuidados	2	0,5
Atenuar	Fatores de ansiedade	1	0,2
Aumentar	Auto estima	1	0,2
Auxiliar	Gestão de expectativas	1	0,2
Avaliar	Avaliação inicial	3	0,7
	Conhecimento sobre a doença	1	0,2
	Comunicação terapêutica	1	0,2
	Estado de consciência	1	0,2
	Coping	1	0,2
	Auto estima	1	0,2
	Dor	1	0,2
	Avaliar	4	0,9
Clarificar	Clarificar	1	0,2
Compreender	Condição de saúde	1	0,2
Comunicar	Comunicar	1	0,2
	Com a família	3	0,7
	Más notícias	3	0,7
Conhecer	A pessoa	1	0,2
Cuidar da higiene	Cuidar da higiene	6	1,4
Dar banho	Dar banho	2	0,5
Dar	Tempo	1	0,2
Demonstrar	Disponibilidade	1	0,2
	Interesse	1	0,2
	Empatia	1	0,2
	Autenticidade	1	0,2
	Técnica de administração de insulina	1	0,2
	Demonstrar	1	0,2
Desenvolver	Estratégias de coping	2	0,5
Determinar	Limites comportamentais	1	0,2
Disponibilizar	Presença	3	0,7
	Suporte emocional	3	0,7
Ensinar	Ensinar	16	3,7
	Cuidados ao recém nascido	1	0,2
	Estratégias de coping	1	0,2
	Sobre regime terapêutico	4	0,9
	Técnica de amamentar	2	0,5
	Para autocuidado	2	0,5
	Pré e pós operatório	3	0,7
	Estilos de vida	1	0,2
Educar	Para a gestão das emoções	1	0,2
	Para a saúde	1	0,2
	Educar	1	0,2

Elogiar	Elogiar	2	0,5
	Tomada de decisão	1	0,2
	Comportamento de adesão	1	0,2
Encorajar	Expressão de emoções/sentimentos	10	2,3
	Abandono do consumo de drogas	1	0,2
	Encorajar	4	0,9
Entrevistar	Entrevistar	3	0,7
Envolver	No processo de tomada de decisão	2	0,5
Esclarecer	Esclarecer	3	0,7
Estabelecer	Estabelecer	3	0,7
	Relação	2	0,5
	Relação de ajuda	6	1,4
	Relação de confiança	3	0,7
	Relação interpessoal	1	0,2
	Relação terapêutica	1	0,2
	Escuta ativa	13	3,0
Estimular	Comunicação	1	0,2
Executar	Parto	1	0,2
	Técnicas	8	1,9
	Ludoterapia	1	0,2
Explicar	Cuidados	3	0,7
	Procedimentos invasivos	3	0,7
	Explicar	3	0,7
Facilitar	Expressão de emoções/sentimentos	8	1,9
	Envolvimento da família	2	0,5
	Falar sobre o processo de morrer	1	0,2
	A presença de pessoas importantes para o utente	1	0,2
Gerir	Gerir	2	0,5
	Comunicação	6	1,4
	Regime terapêutico	2	0,5
	Ambiente	4	0,9
	Emoção negativa	1	0,2
Identificar	Preocupações	1	0,2
Incentivar	Comunicação	3	0,7
	Papel parental	1	0,2
	Alimentação Hipo glucídica	1	0,2
	Autocuidado	1	0,2
	Repouso no leito	1	0,2
	Incentivar	4	0,9
Informar	Informar	7	1,6
	A família	2	0,5
	Sobre complicações	1	0,2
	Más notícias	1	0,2
Integrar	Prestador de cuidados	1	0,2
Instruir	Instruir	4	0,9
Mediar	Comunicação familiar	1	0,2
Minimizar	Medos	1	0,2
Monitorizar	Monitorizar	2	0,5
	Frequência respiratória	1	0,2
	Tensão arterial	1	0,2
Motivar	Motivar	2	0,5
	Para hábitos de vida saudáveis	1	0,2
Negociar	Negociar	1	0,2
	Alternativas ao plano de cuidados	1	0,2
	Estratégias de coping	1	0,2
Obter	Consentimento	1	0,2
Orientar	Orientar	2	0,5
	Sobre recursos na comunidade	1	0,2
	Para a realidade	1	0,2
	No tempo e espaço	2	0,5
	No contexto da comunicação terapêutica	1	0,2
Otimizar	Reforço positivo	1	0,2
	Adesão terapêutica	1	0,2

Promover	Promover	1	0,2
	Relação terapêutica	1	0,2
	Envolvimento da família	2	0,5
	Suporte emocional	1	0,2
	Ambiente calmo /seguro	5	1,2
	Promoção da saúde/ educação para a saúde	2	0,5
	Adaptação familiar	1	0,2
	Auto estima	3	0,7
	Auto imagem	1	0,2
	Esperança	4	0,9
	Expressão de sentimentos / emoções	10	2,3
	Identificação de emoções	1	0,2
	Auto cuidado	1	0,2
	Auto controle de ansiedade	2	0,5
	Aceitação do estado de saúde	3	0,7
	Estilos de vida saudáveis	2	0,5
	Comunicação	2	0,5
	Escuta ativa	6	1,4
	Adesão ao regime terapêutico	5	1,2
Preparar	Para exames	1	0,2
	Pré operatório	2	0,5
Proporcionar	Ambiente calmo	2	0,5
Providenciar	Apoio emocional	1	0,2
Realizar	Entrevista de ajuda	1	0,2
	Penso cirúrgico	1	0,2
Reduzir	Ansiedade	1	0,2
Reforçar	Reforçar	1	0,2
	Reforçar capacidades	1	0,2
	Comunicação	1	0,2
Relacionar	Relacionar	2	0,5
Supervisionar	Higiene	1	0,2
Tranquilizar	Tranquilizar	3	0,7
	Face ao tratamento	1	0,2
Transmitir	Informação	1	0,2
Treinar	Treinar	1	0,2
Validar	Estratégias de coping	1	0,2
	Plano de intervenção	1	0,2
	Dor	1	0,2
	Informação	1	0,2
Vigiar	Grau de vinculação	1	0,2
	Dor	1	0,2
	Atividade da pessoa	2	0,5
	Alimentação	1	0,2
Aceitação	Aceitação	1	0,2
	De diagnóstico	1	0,2
Prestar	Cuidados globais	1	0,2
Outros	Reunião comunitária	1	0,2
	Massagem	1	0,2
	Consulta de enfermagem	1	0,2
	Toque terapêutico	1	0,2
	Visita domiciliária	1	0,2
	Intervenção familiar	1	0,2
	Intervenção psicoterapêutica	1	0,2
Total		428	100,0